

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**Promoção de estilos de vida saudáveis em adolescentes**  
**do 8º ano:**

**Prevenção do Tabagismo**

**Paula Cristina Duarte Dias**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**Promoção de estilos de vida saudáveis em adolescentes**  
**do 8º ano:**

**Prevenção do Tabagismo**

**Paula Cristina Duarte Dias**

Orientador: Prof. António Major

Co-Orientador: sem co-orientador

**Lisboa**

**2017**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several thick, curved, parallel lines in shades of green and yellow, creating a sense of movement and flow.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar o meu agradecimento à comunidade escolar envolvida e à UCC onde este projeto se desenvolveu, e também de forma particular:

Ao Professor António Major, pela sua prática orientação com perícia científica, assim como pelo incentivo e encorajamento sempre demonstrado.

À enfermeira Paula Carvalho, pelo precioso contributo com a partilha de experiências, assim como pela colaboração e acompanhamento constantes.

Ao meu marido, Tiago, pelo contributo e apoio constantes e calma preciosa nos momentos mais difíceis, bem como pela compreensão incondicional pelas minhas faltas.

Ao meu filho, Luís, embora ainda pequeno, o seu carinho e ternura apesar das ausências, me incentivam a ser cada vez melhor, renovando a coragem e força de continuar.

À minha família, em especial à minha mãe e irmãos, pela compreensão e palavras de apoio apesar da pouca disponibilidade.

A todos os que me apoiaram, sem os quais este percurso não teria sido possível,  
muito obrigada!

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

ECATD-CAD – Estudo sobre Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências

ECATD – Estudo sobre Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas

EE – Encarregado de Educação

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Drugs

EpS – Educação para a Saúde

UE – União Europeia

FAT – Fumo Ambiental do Tabaco

HBSC – Health Behaviour in School -Aged Children

INE – Instituto Nacional de Estatística

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNPCT - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization



## RESUMO

O consumo de tabaco representa, atualmente, a principal causa mundial de morte evitável, tendo-se tornado numa verdadeira epidemia, o que implica grandes gastos na saúde. O fumo passivo do tabaco é outro importante problema associado ao tabagismo que prejudica particularmente as crianças. O início do consumo de tabaco ocorre maioritariamente na adolescência, fase particularmente suscetível a novas experiências, muitas vezes prejudiciais à saúde. Prevenir a iniciação ao consumo de tabaco é crucial, sendo fundamental atuar em meio escolar através da educação para a saúde.

O presente projeto de intervenção comunitária, desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa, teve como finalidade contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis através de escolhas informadas, nomeadamente na prevenção do consumo de tabaco, nos alunos do 8º ano, de um externato do 2º e 3º ciclo da área de Lisboa. Tendo a sua operacionalização decorrido de setembro de 2016 a fevereiro de 2017, com base na metodologia do planeamento em saúde e sob referência teórica do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Foi aplicado um questionário validado que permitiu caracterizar a população-alvo, nomeadamente em relação a hábitos tabágicos, conhecimentos e atitudes face ao tabagismo, permitindo realizar o diagnóstico da situação. Para a operacionalização da intervenção selecionou-se como principal estratégia a educação para a saúde.

Todas as atividades planeadas foram executadas e a avaliação dos indicadores de atividade permite verificar uma taxa de adesão e satisfação superior a 80%. Os indicadores de resultado avaliados permitem constatar que cerca de 93% dos alunos, demonstra ter adquirido conhecimentos sobre o tabagismo e o fumo ambiental do tabaco, e cerca de 77% dos alunos afirma a sua posição relativamente a não fumar no futuro. Desta forma, os objetivos operacionais foram atingidos com sucesso, o que contribuiu para a prevenção do consumo de tabaco em adolescentes.

**Palavras-chave:** prevenção do consumo de tabaco; adolescência; promoção da saúde; saúde escolar.

## **ABSTRACT**

Tobacco consumption is currently the leading cause of preventable death worldwide; it has become a real epidemic with a vast economic and health burden. Passive smoking is another major problem associated with smoking that particularly harms children. The onset of tobacco consumption occurs mostly in adolescence, a stage particularly susceptible to new experiences, often harmful to health. Preventing the initiation of tobacco consumption is crucial, thus, it is fundamental to intervene in the school setting through health education.

The present community intervention project, developed in the community care unit of a group health centers in the city of Lisbon, aimed to promote healthy lifestyles through informed choices, namely in the prevention of tobacco consumption, in the 8th grade students. This intervention project took place between September 2016 and February 2017 and was based on the methodology of health planning and on the theoretical reference of the Nola Pender's Health Promotion Model.

In order to perform a diagnosis of this phenomenon, a validated questionnaire was used to assess the target population regarding smoking habits, knowledge and attitudes towards smoking. For the operationalization of the intervention, health education was selected as the main strategy.

All planned activities were carried out and the evaluation of the activity indicators showed a rate of both adhesion and satisfaction of more than 80%. The results indicators showed that about 93% of the students acquired knowledge about smoking and environmental tobacco smoke, and about 77% of the students state they will not smoke in the future. In this way, the operational objectives were successfully accomplished, thus contributing to achieving the purpose of this project: to prevent tobacco use in adolescents.

**Keywords:** smoking prevention; adolescence; health promotion; school health.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. TABAGISMO: UM PROBLEMA REAL .....</b>	<b>14</b>
1.1. A adolescência e o consumo de tabaco .....	17
1.2. Promoção da saúde e estilos de vida .....	19
1.3. A educação para a saúde na adolescência .....	21
1.4. Papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na prevenção do tabagismo em meio escolar .....	24
1.4.1. O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	25
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1. Diagnóstico de situação .....</b>	<b>27</b>
2.1.1. Contexto .....	27
2.1.2. População-Alvo .....	28
2.1.3. Instrumento e procedimentos de recolha de dados .....	28
2.1.4. Questões éticas.....	29
2.1.5. Análise e discussão dos dados .....	30
2.1.6. Diagnósticos de enfermagem.....	35
<b>3. PROJETO DE INTERVENÇÃO: PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA .....</b>	<b>36</b>
3.1. Determinação de prioridades .....	36
3.2. Fixação dos objetivos .....	39
3.3. Seleção de estratégias.....	42
3.4. Preparação operacional.....	44
3.5. Avaliação.....	51
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
4.1. Reflexão sobre as competências desenvolvidas .....	55
4.2. Limitações do projeto .....	57
4.3. Conclusões .....	58
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO I:** Diagrama adaptado do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

**ANEXO II:** Questionário: “Construção e avaliação longitudinal de um programa de avaliação baseado nas diferenças de género”

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

**APÊNDICE I:** Cronograma do estágio de intervenção comunitária

**APÊNDICE II:** Procedimentos inerentes à Scoping Review

**APÊNDICE III:** Autorização da Sra. Diretora Executiva do Aces para o desenvolvimento do projeto

**APÊNDICE IV:** Autorização da Sra. diretora do externato para operacionalização do projeto e aplicação do questionário

**APÊNDICE V:** Consentimento livre e esclarecido para os pais/E.E. dos alunos

**APÊNDICE VI:** Autorização do Sr. Prof. José Precioso para aplicar o questionário

**APÊNDICE VII:** Tabelas de análise dos dados

**APÊNDICE VIII:** Método Hanlon: definição dos critérios

**APÊNDICE IX:** Plano operacional detalhado

**APÊNDICE X:** Cronograma de Gantt

**APÊNDICE XI:** Recursos humanos, materiais e financeiros

**APÊNDICE XII:** Sessão de EpS dirigida aos pais/EE: “Sensibilização para a problemática do tabagismo”

**APÊNDICE XIII:** Plano da sessão: “Sensibilização para a problemática do tabagismo”

**APÊNDICE XIV:** Sessão de EpS: “Tabagismo, o que sabemos!”

**APÊNDICE XV:** Plano da sessão: “Tabagismo, o que sabemos!”

**APÊNDICE XVI:** Sessão de EpS: “Eu... o que farei? A influência do meio social”

**APÊNDICE XVII:** Plano da sessão: “Eu... o que farei? Influência do meio social”

**APÊNDICE XVIII:** Folheto para os pais/EE acerca do fumo ambiental do tabaco

**APÊNDICE XIX:** Sessão de EpS: “Fumar, um problema para todos”

**APÊNDICE XX:** Plano da sessão: “Fumar, um problema para todos”

**APÊNDICE XXI:** Plano da sessão: “Tabagismo: certezas e opiniões!”

**APÊNDICE XXII:** Folheto resumo para os alunos

**APÊNDICE XXIII:** Questionário de avaliação de satisfação dos alunos

**APÊNDICE XXIV:** Questionário de avaliação de satisfação dos pais/EE

**APÊNDICE XXV:** Avaliação dos indicadores de atividade

**APÊNDICE XXVI:** Questionário de avaliação final

**APÊNDICE XXVII:** Avaliação dos indicadores de resultado

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição dos participantes por idade .....	30
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Problemas identificados com a análise dos dados.....	34
<b>Tabela 2:</b> Determinação de prioridades, através do método de Hanlon .....	37
<b>Tabela 3:</b> Objetivos, geral, específicos e operacionais e indicadores de resultado, por diagnóstico prioritário .....	40
<b>Tabela 4:</b> Avaliação dos indicadores de atividade .....	52
<b>Tabela 5:</b> Indicadores de resultado avaliados, por objetivo operacional e diagnóstico de enfermagem .....	53

## INTRODUÇÃO

Segundo a World Health Organization (WHO), o consumo de tabaco representa a principal causa de morte evitável, tendo-se tornado uma real epidemia, se nada for feito para a travar, estima-se que em 2020/2030 morrerão anualmente, em todo o mundo, cerca de 10 milhões de pessoas (WHO, 2012).

De facto, a problemática do tabagismo é considerada no Plano Nacional de Saúde (PNS) como problema principal de saúde pública, tendo por isso sido desenvolvido o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), com carácter prioritário. Sendo um eixo estratégico de atuação, do referido programa, a prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens como “crucial para se poder vir a controlar a epidemia tabágica nas próximas gerações” (Nunes, 2013, p.24). O mesmo programa aponta ainda como estratégia de intervenção apoiar a educação para a saúde nas escolas, envolvendo os pais e toda a comunidade educativa, desde alunos a professores.

A prevenção do consumo de tabaco encontra-se também entre as áreas de intervenção prioritárias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), sendo um dos objetivos específicos a diminuição de comportamentos de risco, como é o consumo de tabaco (DGS, 2015).

Desta forma, a prevenção do tabagismo enquadra-se numa área considerada prioritária de atuação. A intervenção em meio escolar é uma das principais estratégias apontadas pelos diferentes programas de saúde.

Para além disto, a equipa de saúde escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde decorreu o estágio não possuía um projeto organizado no âmbito do tabagismo, pelo que a necessidade de intervenção ao nível da prevenção do consumo de tabaco nos adolescentes foi reconhecida, tanto pela equipa de saúde escolar como pela coordenação da escola onde decorreu o projeto.

Face ao exposto, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 7º curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem Comunitária, tendo por finalidade contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis num grupo de alunos do 8º ano, através de escolhas informadas que levem à adoção de comportamentos responsáveis e promotores da saúde, nomeadamente na prevenção



do consumo de tabaco. O projeto baseou-se na metodologia do processo de planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes (1993) e de Tavares (1990), conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (EEECSP). A referida intervenção comunitária decorreu em contexto de estágio, integrando a equipa de saúde escolar de uma UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde (ACES) de Lisboa, de setembro de 2016 a fevereiro de 2017, tendo sido realizada previamente a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, correspondente ao diagnóstico de situação, no decorrer do 2º semestre do referido curso, conforme cronograma apresentado no apêndice I.

Atendendo a que, pelas características inerentes ao seu estadio de desenvolvimento, os adolescentes apresentam-se como um grupo vulnerável (Giron, Souza & Torgal, 2010), e admitindo que a probabilidade de modificar comportamentos é maior quando estes se encontram numa fase inicial do desenvolvimento (Loureiro e Miranda, 2010), o enfermeiro tem assim um papel estratégico e de primordial importância, na promoção de escolhas saudáveis e informadas, e no desenvolvimento do pensamento crítico, pelo que a Educação para a Saúde (EpS) foi a principal estratégia de atuação utilizada.

O trabalho teve como referência teórica o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (MPSNP) (anexo I). Ao contrário de outros modelos que sugerem o medo ou a ameaça como motivação para alcançar o comportamento de saúde, o MPSNP pressupõe a existência de complexos processos bio-psico-sociais que motivam o individuo a desenvolver comportamentos que visem uma melhoria da saúde, e enfatiza a importância do papel ativo do individuo neste processo (Sakraida, 2004). Este modelo fundamenta-se em vários pressupostos, entre os quais, as pessoas para alcançarem o seu potencial único de saúde, tendem a criar condições de vida que o permitam, para além de valorizarem o seu crescimento pessoal numa direção positiva; as pessoas têm consciência das suas próprias capacidades e são capazes de refletir sobre elas; os profissionais de saúde fazem parte do ambiente envolvente que exerce influencia sobre os indivíduos ao longo do seu ciclo vital (Sakraida, 2004), o que traz importantes contributos a considerar no planeamento das estratégias de intervenção.

Com o estágio de intervenção comunitária pretendeu-se adquirir competências de enfermeiro especialista, nomeadamente a procura continua por uma melhoria na

qualidade de cuidados, da gestão de cuidados, e da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010). Assim como, competências específicas do EEECS, como são a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; a integração e participação na coordenação de programas no âmbito da saúde comunitária de forma a contribuir na execução do PNS, assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades (OE, 2010). A redação do presente relatório teve como objetivos analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio, bem como a sua descrição e avaliação, de forma a documentar o trabalho desenvolvido, visando torná-lo útil e uma mais valia para profissionais da saúde com interesse nesta área.

O relatório encontra-se dividido em 4 capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico da temática, onde teve lugar o desenvolvimento de uma scoping review como estratégia de revisão da literatura. Uma scoping review permite fornecer uma visão ampla de um conceito ou área de investigação ao determinar a evidência disponível (qualitativa e quantitativa) de diferentes fontes. Com esta metodologia, uma avaliação formal da qualidade geralmente não é realizada (Joanna Briggs Institute, 2015). Desta forma, para além da pesquisa em bases de dados (apêndice II), para completar a revisão recorreu-se ainda a sites e livros de interesse e relatórios institucionais relevantes.

O segundo e terceiro capítulo referem-se à metodologia do planeamento em saúde, são descritas todas as etapas percorridas para determinar o diagnóstico da situação e posterior planeamento e operacionalização do projeto. Por fim, no último capítulo têm lugar as conclusões, onde ocorre uma reflexão sobre as limitações do projeto, bem como acerca das competências adquiridas, tendo ainda lugar uma breve reflexão sobre o estágio.

A redação deste relatório seguiu as normas APA, de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações, da Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## 1. TABAGISMO: UM PROBLEMA REAL

Segundo a World Health Organization (WHO), o consumo de tabaco representa a principal causa de morte evitável, tendo-se tornado uma real epidemia, se nada for feito para a travar, estima-se que em 2020/2030 morrerão anualmente, em todo o mundo, cerca de 10 milhões de pessoas (WHO, 2012).

O relatório da WHO relativo à mortalidade no mundo, atribuível ao tabaco, em 2004 morreram cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo devido ao uso de tabaco, o que corresponde a uma morte a cada 6 segundos. Para além disto, são a América e a Europa as regiões onde mais mortes ocorrem, atribuíveis ao tabaco, uma vez que nestes locais o hábito de fumar permanece durante longos períodos de tempo (WHO, 2012).

O tabaco apresenta-se como o principal fator de risco para morte prematura, nos homens adultos, e o segundo mais importante fator de risco nas mulheres (após a hipertensão arterial). Dos mais de sete mil compostos químicos que constituem o fumo de tabaco, cerca de sessenta e nove são carcinogénicos, entre outros, fumar é responsável por mais de 80% dos casos de cancro do pulmão, aumenta em 2.5 vezes o risco de doença cardíaca isquémica e 20 vezes o risco de cancro do pulmão e doença pulmonar obstrutiva crónica (Eriksen, Mackay, Schluger, Gomeshtapeh & Drope, 2015).

Dados europeus do Eurobarómetro (European Commission, 2015), permitem verificar que houve um decréscimo de 28%, em 2012, para 26% em 2015, do nº de fumadores na União Europeia (UE). No entanto, Portugal apresenta uma prevalência de fumadores de cerca de 25%, tendo ocorrido um aumento em 2 pontos percentuais relativamente aos dados recolhidos em 2012. A média da UE encontra-se nos 26%, apresentando a Suécia a percentagem mais baixa, de 11%, seguida da Finlândia com 19%, e no extremo oposto, com a prevalência mais elevada de consumo de tabaco, encontra-se a Grécia com 38%.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014, o consumo de tabaco permanece estável nos últimos 10 anos. Cerca de 20,0% da população portuguesa, com 15 anos ou mais, é fumadora, destes 27,8% são homens e 13,2% mulheres. Comparativamente aos dados de 2005/2006, regista-se um aumento em cerca de 6% dos ex. fumadores (21,7% de ex. fumadores em 2014 e 16,0% em 2005/2006), no

entanto, ocorre uma diminuição da população que nunca fumou, de 62,9% em 2005/2006 para 58,2% em 2014 (INS, 2014).

Relativamente ao início do consumo, dados do Eurobarómetro (2015) referem que cerca de 53% dos europeus iniciou o consumo de tabaco com idades entre os 15 e os 18 anos. A idade média em que os europeus começam a fumar regularmente situa-se nos 17.9 anos. A prevalência do início do consumo antes dos 15 anos de idade, aumentou 2 pontos percentuais, de 17% em 2012 para 19% em 2015, dados europeus. Portugal é um dos países da europa em que a idade média de início do consumo é mais precoce, situando-se nos 16.9 anos. Estes dados permanecem semelhantes aos recolhidos em 2012 (European Commission, 2015).

Dados nacionais de 2014, do estudo Health Behaviour in School -Aged Children (HBSC), a idade, em média, da experimentação de tabaco ocorre aos 13 anos. No referido estudo, dos jovens inquiridos (3773 jovens do 8º e 10º anos), 22,2% referem já ter experimentado fumar e destes, 35,4% refere consumir tabaco diariamente, são os jovens mais velhos (10º ano) os que mais fumam diariamente (Matos, Simões, Camacho & Reis, 2014).

O estudo ECATD-CAD (Estudo sobre consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências), de âmbito europeu, decorrido em 2015 e representativo dos alunos portugueses, do ensino público, com idades entre os 13 e 18 anos, mostra que 12% dos alunos com 13 anos e 59% dos alunos com 18 anos assumem já ter experimentado fumar pelo menos uma vez. Relativamente ao consumo nos últimos 30 dias, 4% dos alunos de 13 anos e 32% dos alunos de 18 anos refere ter consumido tabaco neste período, permitindo verificar uma progressão acentuada, do consumo de tabaco, ao longo das idades (Feijão, 2016).

No entanto, a análise da evolução da prevalência do consumo de tabaco, através do ECATD-CAD 2015 e do ECATD 2011, permite verificar que, apesar do aumento do consumo de tabaco, verificado em 2011 comparativamente a 2006 (Feijão, Lavado & Calado, 2011) ocorre um decréscimo da prevalência do consumo em 2015, quer em alunos do 3º ciclo como nos do ensino secundário (Feijão, 2016). A prevalência do consumo atual de tabaco (consumo nos últimos 30 dias), passa de 5.3% (2011) para 4% (2015), na faixa etária dos 13 anos, e aos 18 anos verifica-se um decréscimo de 33,6% (2011) para 32% (2015).

Relativamente à experimentação de tabaco, ocorreu uma diminuição de 17.1% (2011) para 12% (2015) na faixa etária dos 13 anos, enquanto que aos 18 anos, o decréscimo é menos evidente, passando de 60.6% (2011) para 59% (2015) (Feijão et al, 2011; Feijão 2016).

A exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT) constitui outro importante problema no âmbito do tabagismo. A exposição ao FAT pode causar muitos dos mesmos problemas que o fumo ativo do tabaco. As principais causas de morte relacionados ao fumo passivo ocorrem por doença cardíaca isquémica, infeções do sistema respiratório inferior, asma e cancro do pulmão. Em 2010 morreram mais de 600 000 não-fumadores, devido à exposição ao fumo passivo (Eriksen et al, 2015).

As crianças são particularmente vulneráveis uma vez que o seu sistema respiratório está ainda em desenvolvimento, assim como o sistema imunitário. Entre outros malefícios para a saúde das crianças, a exposição ao FAT está associada ao aumento de infeções agudas das vias aéreas inferiores, ao aumento dos casos de asma, bem como ao aumento da gravidade da doença, quando esta já existia (California Environmental Protection Agency, 2005).

Atendendo à exposição precoce ao FAT, nas crianças a perda de anos de vida saudável, invalidez ou morte prematura relacionados com o fumo passivo, é muito superior do que nos adultos (Eriksen et al, 2015). Para além disto, os dados conhecidos sobre a exposição das crianças ao fumo passivo podem estar subestimados. Um estudo realizado nos Estados Unidos, com crianças que recorreram à urgência de um hospital por asma ou outros problemas respiratórios, revelou que, embora apenas um terço dos pais relataram a exposição dos filhos ao fumo passivo, os exames laboratoriais mostraram que mais de 80% dessas crianças havia estado expostas ao FAT (Eriksen et al, 2015).

A OMS estima que cerca de metade das crianças mundiais estão expostas ao FAT, sobretudo em casa (Precioso et al, 2010). Em Portugal, são ainda poucos os estudos de prevalência da exposição das crianças ao FAT. Um estudo realizado, em 2002/2003, com adolescentes dos 12 aos 15 anos, revelou que cerca de 38% estavam expostos, diária ou ocasionalmente, ao FAT nas suas casas. Outro estudo realizado em 2010/2011, com crianças do 4º ano de escolaridade, revela que 27.5% destas crianças estavam expostas ao FAT, nas suas casas (Precioso et al, 2012).

## **1.1. A adolescência e o consumo de tabaco**

A adolescência é uma fase de desenvolvimento que se caracteriza por um período de maturação e rápidas alterações, físicas, cognitivas, sociais e emocionais, na transição entre a infância e a idade adulta. Os limites são difíceis de definir, dependendo do início e fim das alterações puberais, inicia-se por volta dos 11 ou 12 anos e termina entre os 18 e 20 anos (Saewyc, 2014).

Segundo a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (Saewyc, 2014), o adolescente vivencia uma crise de desenvolvimento que leva à formação da sua identidade. Numa fase inicial o adolescente considera fundamental pertencer a um grupo, adotando atitudes e comportamentos, como forma de vestir, característicos do grupo. À medida que vai estabelecendo a identidade dentro do grupo, está também a integrar as múltiplas mudanças físicas num conceito sobre si próprio. É um processo rico em períodos de confusão, tristeza e falta de motivação. Os valores aprendidos são interiorizados e, numa fase final deste período, o adolescente começa a construir uma identidade individual em vez da identidade de grupo.

Os sistemas sociais, tais como a família, grupo de pares, escola e comunidade (que inclui a comunidade que o adolescente desenvolve na internet), contribuem decisivamente para o desenvolvimento do adolescente, bem como para a sua saúde. Os adolescentes, ao contrário das crianças, atribuem muito valor às relações com os pares, atendendo a que, como consequência das alterações nos sistemas familiares (aumento das famílias monoparentais e reconstituídas, ambos os pais trabalhadores, entre outras), que levam à redução do tempo passado com os pais, os amigos assumem um papel significativo nesta fase do desenvolvimento. Quando os pares se envolvem em comportamentos de risco para a saúde, o adolescente torna-se mais suscetível (Saewyc, 2014).

A adolescência é assim uma fase de particular vulnerabilidade a novas descobertas eventualmente prejudiciais à saúde (Giron, Souza & Torgal, 2010). De fato é na adolescência que a maioria dos fumadores referem ter começado a fumar. Setenta e dois por cento da população europeia fumadora, em 2015, refere ter começado a fumar antes dos 18 anos, e apenas 4% diz ter começado a fumar depois dos 25 anos (European Commission, 2015).

Para além de todos os malefícios para a saúde, provocados pelo fumo do tabaco, o principal risco para as crianças e adolescentes é o de ficarem dependentes, muitas vezes para toda a vida (Precioso & Macedo, 2004). Estudos realizados por DiFrança (2002, cit. por Precioso & Macedo, 2004) revelam que as crianças mais facilmente se tornam dependentes da nicotina e com quantidades mais baixas, que os adultos, fumar durante quatro a seis semanas dois cigarros por dia, é suficiente para a criança ficar dependente e se tornar consumidor regular.

Esta trajetória de se tornar fumador regular desenvolve-se ao longo do tempo com início na fase de preparação, onde têm particular importância a família, pais e irmãos, que ao fumarem fomentam na criança atitudes e crenças positivas acerca deste hábito. Posteriormente, sobretudo através da influência dos amigos, a criança/adolescente experimenta o primeiro cigarro e poderá passar à fase de experimentação, onde o consumo é ocasional, são importantes determinantes desta fase a ideia de que fumar é normal e a acessibilidade a cigarros. Segue-se a fase de habituação, onde o consumo começa a ser regular, estando associada a fatores de risco como ter amigos fumadores, ter baixa autoeficácia e pouca capacidade de recusa, ser fácil fumar na escola e na comunidade. A fase de dependência instala-se pela consequente dependência física e psicológica provocada pela nicotina (U.S.D.H.H.S., 1994; Becoña & Vázquez, 1998, cit. por Precioso & Macedo, 2004).

Outros estudos apontam ainda, como igualmente importantes determinantes para a iniciação do consumo de tabaco, a influência dos amigos (Nunes, 2004; Precioso, 2008; Giron et al, 2010; Ferreira & Torgal 2010; Abreu & Caiffa, 2011, McKelvey et al, 2014), ter amigos fumadores pode levar o adolescente a considerar que fumar é normal, para além de perceberem que estes gostariam que ele fumasse. Viver com pai, mãe e irmãos fumadores, tem igualmente influência neste comportamento, estudos revelam uma maior prevalência do hábito de fumar nos adolescentes que habitam com estes familiares fumadores (Ferreira e Torgal, 2010; Abreu e Caiffa, 2011). Outros fatores de risco verifica-se ser a falta de conhecimentos acerca das consequências do tabaco, assim como a disponibilidade de dinheiro (Precioso, 2008), para além da baixa autoeficácia para recusar o cigarro (McKelvey et al, 2014).



## **1.2. Promoção da saúde e estilos de vida**

Em 1986, na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reconhece-se que a promoção da saúde é um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Carta de Ottawa, 1986, p.1), para que os indivíduos e grupos sejam capazes de modificar o meio ambiente, reconhecer e satisfazer necessidades de forma a atingir o completo bem-estar, físico, mental e social (Carta de Ottawa, 1986).

Reconhece-se a saúde como o mais importante investimento das sociedades e prioritário para os governos, e as pessoas como o principal recurso para a saúde, desta forma as ações de promoção da saúde devem ser desenvolvidas nos locais onde as pessoas estão inseridas como o trabalho, escolas, instituições, entre outras (Carta de Ottawa, 1986). “a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia (...) é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida” (Carta de Ottawa, 1986, p.4).

Um dos principais objetivos, também focado na conferência supracitada, visa a igualdade de oportunidade para todos nas comunidades, todas as pessoas devem ter a mesma facilidade de acesso a recursos que lhes permitam atingir o seu potencial de saúde, para além de desenvolver capacidades que lhes possibilitem escolhas de vida mais saudáveis. Isto implica a cooperação de várias áreas da sociedade para além do setor da saúde, e alerta para a necessidade de alterações políticas associadas ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde (Carta de Ottawa, 1986).

No contexto do seu exercício em cuidados de saúde primários, no seio da equipa multidisciplinar, o enfermeiro “promove a autonomia e o direito à tomada de decisão, procura apoiar as famílias no desenvolvimento de capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções, identifica as necessidades de saúde dos indivíduos/famílias/comunidades e desenvolve estratégias promotoras de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 39).

O enfermeiro tem assim um papel fundamental na área particular da promoção da saúde. Cabe ao enfermeiro identificar o estado de saúde das comunidades, bem



como as suas potencialidades e recursos, de forma a desenvolver nelas, capacidades que lhes permitam atingir o melhor estado de saúde possível. Para além de criar oportunidades, para que através do fornecimento de informação importante, seja possível promover estilos de vida mais saudáveis (OE, 2011).

Podem assim entender-se estilos de vida como o “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida” (DGS, 2004, p. 3). O estilo de vida influencia significativamente o estado de saúde de cada um, os comportamentos de promoção da saúde são a expressão da tendência atual de procura de bem-estar, realização pessoal e vida ativa (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014).

Os determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, tais como, alimentação, atividade física, gestão do stress, e também fatores de risco como consumo de tabaco e o álcool, são considerados no PNSE e integrados nos programas a desenvolver (DGS, 2015).

Isto torna-se claramente importante, já que o consumo de tabaco e o consumo excessivo de álcool, uma má alimentação, a obesidade, a falta de atividade física e uma má gestão do stress, são hoje apontados como os principais desencadeadores de doenças crónicas não transmissíveis, sendo estas atualmente, a principal causa de mortalidade e perda de qualidade de vida, nas sociedades desenvolvidas (DGS, 2004). “A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva” (DGS, 2004, p.1).

Através da promoção da saúde as pessoas adquirem maior controle sobre os determinantes da saúde, e através da sua participação essencial neste processo são capazes de melhorar a sua saúde (Ambrozano, 2009). Desta forma, a intervenção em ambiente escolar, através da promoção da saúde, possibilitará desenvolver em cada jovem a capacidade de perceção da realidade, permitindo-os adotar comportamentos e atitudes mais ajustados e responsáveis (DGS, 2006). Segundo Pender et al (2014), a competência, confiança, carácter, a ligação e compaixão, são os 5 atributos chave para um desenvolvimento positivo dos jovens. Os programas de promoção da saúde, em meio escolar, que se focam em desenvolver estas características contribuem para

o desenvolvimento de crianças e adolescentes saudáveis e adultos ativos (Pender et al, 2014).

### **1.3. A Educação para a Saúde na adolescência**

A EpS é considerada um componente da promoção da saúde, sendo este um amplo conceito que para além da EpS, inclui ainda a prevenção e proteção da saúde (Pender et al, 2014). Sendo a promoção da saúde mais abrangente envolve também fatores como, medidas políticas relacionadas com a saúde; estratégias para lidar com os ambientes sociais, económicos e físicos; fatores culturais; equidade e diversidade; educação e aprendizagem, entre outros (Pender et al, 2014)

Desta forma, a EpS apresenta-se como uma das estratégias mais eficaz no processo de promoção da saúde (Carvalho & Carvalho, 2006) e pode ser definida como

toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Tones & Tilford, 1994, cit por Carvalho & Carvalho, 2006, p. 25).

A EpS mostra-se uma ferramenta importante na promoção de estratégias que permitam escolhas saudáveis e modificar comportamentos de risco. Através do fornecimento de informações relevantes, permite melhorar competências gerais, assim como o desenvolvimento do pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões (Loureiro e Miranda, 2010). No entanto, para além de fornecer conhecimentos, é fundamental considerar fatores individuais que influenciam a tomada de decisões, como são as crenças e valores pessoais, a autoestima e empowerment (Carvalho & Carvalho, 2006).

Sendo assim a EpS um processo dinâmico, este pretende ensinar e estimular o indivíduo a pensar por si mesmo, a arbitrar nas situações da sua vida individual e na interação com os outros. (Carvalho & Carvalho, 2006). A EpS pretende reunir condições de mudança nos indivíduos, para que, sensibilizados para a importância do conhecimento relacionado com a saúde, estes reconheçam e assumam o seu papel

ativo e responsável pela sua saúde e qualidade de vida (Amorim, 1999, cit por Carvalho & Carvalho, 2006).

A probabilidade de modificar comportamentos é maior quando estes se encontram numa fase inicial do desenvolvimento, quando não estão incutidos culturalmente, se há suporte teórico dos benefícios da mudança, assim como a motivação e importância reconhecida de os alterar (Loureiro e Miranda, 2010). Torna-se assim fundamental intervir precocemente, em fases onde ainda não se tenha verificado a iniciação do consumo de tabaco (Precioso & Macedo, 2004; Sousa et al, 2007; Precioso, 2008; Loureiro e Miranda, 2010; Giron et al, 2010).

Sendo na escola que os jovens passam grande parte do seu tempo, com os seus pares, aqui têm a oportunidade de aquisição de estilos de vida saudáveis ou adoção de comportamentos de risco. Cabe aos educadores, profissionais da saúde e família mediar este processo, no sentido do desenvolvimento de uma identidade pessoal de autonomia (Munister et al, 1998, cit por Simões et al, 2009; Sousa et al, 2007).

Promover EpS nos adolescentes, nomeadamente em meio escolar contribui para a “aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (...) e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa” (DGS, 2006, p.1). Assim, ao tornar os jovens responsáveis pela sua própria saúde, a EpS na adolescência permite prepará-los para que, ao saírem da escola adotem um estilo de vida o mais saudável possível, e estando integrados na comunidade sejam também capazes de influenciar a saúde e estilo de vida dos outros (Gomes, 2009).

Atualmente em Portugal, a saúde escolar é gerida pelos Ministérios da Saúde e Educação que, através de uma parceria, datada de 1994, promovem a colaboração ativa entre as escolas e os centros de saúde, com vista à promoção da saúde da comunidade escolar. A Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde, integrada na Rede Europeia, resultou dessa parceria. Uma escola promotora da saúde inclui a educação para a saúde no seu currículo (DGS, 2006).

Na 3ª Conferência Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, os jovens participaram ativamente no debate, tendo assumido que “podemos e devemos conduzir o nosso estilo de vida saudável, mostrando como é bom ser saudável, ativo

e positivo” (Declaração de Vilnius, 2009, p. 2). Reconhecem, no entanto, que noutros problemas carecem de ajuda, e mostram-se cooperantes para discutir e desenvolver estratégias de atuação. Isto mostra o interesse dos jovens nesta temática e reconhecimento pela sua importância, e revela motivação em participar nas atividades dos projetos de saúde escolar. Também um estudo desenvolvido em meio escolar, na Pensilvânia (Caldwell, Bradley & Coffman, 2009) mostra que os jovens mais motivados têm menor tendência a relatar o uso de tabaco, pelo que promover a participação ativa dos jovens no planeamento dos programas poderá conduzir a melhores resultados.

Para além disto, os programas de EpS com vista a melhorar os comportamentos de saúde dos adolescentes devem ser planeados e desenvolvidos a partir do estudo das suas necessidades e características específicas (Giron et al, 2010). Nomeadamente, deve conhecer-se os comportamentos de risco e de saúde que o grupo pratica, assim como a sua ocorrência e fatores que os influenciam (Ferreira e Torgal, 2010), para além do conhecimento dos hábitos tabágicos dos pais, já que este é um fator que coloca as crianças em risco elevado (Boston et al, 2013; Ferreira e Torgal, 2010; Abreu e Caiffa, 2011). Um estudo desenvolvido em meio escolar, na Islândia, demonstrou que programas de prevenção do tabagismo, quando planeados e ajustados às características dos adolescentes alvo da intervenção, revelam uma diminuição da probabilidade de estes se tornarem consumidores regulares de tabaco (Murnaghan, Sihvonen, Leatherdale & Kekki, 2007).

Sabendo que o comportamento de fumar é determinado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, a prevenção deve agir sobre eles, envolvendo os vários fatores de risco associados ao consumo, numa tentativa de criar na criança/adolescente resistências contra o tabagismo (Precioso, 2004, 2008). Esta intervenção passa por desenvolver atitudes negativas face ao tabaco, assim como estratégias para aumentar a autoeficácia que lhe permita resistir à pressão dos pares (Precioso & Macedo 2004; Ferreira e Torgal, 2010, Boston et al, 2013).

As ações de prevenção devem ser desenvolvidas na escola, mas também na comunidade, com a aplicação de normas políticas e sociais anti-tabaco eficazes (Giron et al, 2010; McKelvey et al, 2014). Atendendo à influência por modelagem de comportamentos, que têm os pares e família, estes devem ser envolvidos nos programas, para garantir o seu sucesso (Ferreira e Torgal, 2010; Pender et al, 2014).

Os programas de prevenção do consumo de tabaco em meio escolar, estão associados a uma diminuição do risco de ser fumador ocasional, mas não com o risco de ser um fumador regular. O que permite constatar que as medidas de prevenção primária só serão eficazes caso sejam aplicadas antes do consumo regular (Murnaghan et al, 2007). Assim, atendendo a que as crianças experimentam fumar entre os 12 e os 15 anos, os programas de prevenção devem começar antes desta idade. Para além disto, é fundamental reforçar estes programas com sessões adicionais nos anos subsequentes, fundamentalmente na transição do ensino básico para o secundário, e deste para o ensino superior (Precioso & Macedo, 2004; Precioso, 2008).

#### **1.4. Papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na prevenção do tabagismo em meio escolar**

Pelas características inerentes ao tipo de cuidados no âmbito da saúde comunitária, fundamentalmente de promoção da saúde e prevenção da doença, os cuidados de saúde primários estão necessariamente mais implicados na obtenção de ganhos em saúde das populações. Neste sentido, este torna-se um excelente contexto para a prática de EpS pelos enfermeiros, de forma continua e organizada (Costa, 2008).

Para além disto, os enfermeiros constituem o maior grupo de atuação nesta área, e aquele que melhor conhece o individuo, família, grupo ou comunidades, decorrente da prestação de cuidados de proximidade. Desta forma necessita agir em complementaridade, estabelecendo a ligação com os outros grupos de profissionais, no desenvolvimento de projetos de EpS que assegurem melhorias sustentáveis na saúde (ICN, 2008).

A escola é um local privilegiado para atuar ao nível da prevenção uma vez que todos as crianças e jovens de um país passam pela escola, desta forma um programa de EpS desenvolvido noutra local seguramente não atinge tantas crianças/jovens do que se aplicado em meio escolar. Para além de que, estas crianças e jovens estando ainda numa fase de formação física, mental e social, estão mais recetivos a adquirir conhecimentos e a aprender hábitos, dado muitas vezes ainda não manifestarem

comportamentos de risco, prejudiciais à sua saúde (Sanmarti, 1988, cit por Gomes, 2009).

Sendo o consumo de tabaco um importante determinante da saúde associado aos estilos de vida, o EEECSPP integrado na equipa de saúde escolar, tem assim um papel preponderante na prevenção do início do consumo desta substância pelos jovens. Sem a transmissão de conhecimentos e apoio adequados, as crianças e jovens não desenvolvem as ferramentas indispensáveis à tomada de decisões em relação à sua saúde e segurança, o que pode trazer importantes implicações para o seu futuro (Gomes, 2009). Através das competências que lhe estão associadas (OE, 2010), o EEECSPP incide assim a sua atuação na implementação de projetos de EpS, que integrados no PNSE, promovem a capacitação das crianças/jovens para cuidarem da sua própria saúde adotando estilos de vida responsáveis.

#### 1.4.1. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O enfermeiro de saúde comunitária deve selecionar o modelo de educação para a saúde que melhor se adegue aos programas que pretende desenvolver. O Modelo de Promoção da Saúde, através da mudança nas perceções sobre os fatores que influenciam a saúde, pode conduzir a mudanças nos comportamentos dos indivíduos (Lancaster, Onega, & Forness, 1999).

Este modelo, desenvolvido por Nola Pender nos Estados Unidos, foi apresentado pela primeira vez na década de 80, tendo sido revisto posteriormente, a última revisão data de 1996 (Anexo I). Resultado do interesse da autora pela otimização da saúde humana, este modelo parte de uma perspetiva holística da enfermagem e integra a psicologia social e a Teoria da Aprendizagem Social (Sakraida, 2004). A pessoa é vista numa perspetiva holística, e é a aprendizagem individual que possibilita a mudança de comportamentos, que vai influenciar o grupo ou comunidade. Esta aprendizagem resulta de um processo de capacitação do indivíduo, família, grupo ou comunidade, para controlar os fatores determinantes da sua saúde (Pender et al, 2014).

O MPSNP assenta na premissa de que o comportamento de promoção da saúde resulta da inter-relação entre as características e experiência individuais com o conhecimento e sentimentos sobre o comportamento que se pretende atingir. Os

comportamentos de promoção da saúde surgem como o resultado que se pretende alcançar e potenciam uma melhor saúde, melhor condição física e melhor qualidade de vida, em todas as fases do desenvolvimento (Pender et al, 2014).

Desta forma, o comportamento do individuo é influenciado por experiencias anteriores e fatores pessoais, que para além da idade, género, entre outros, incluem a autoestima e motivação, assim como por fatores socioculturais como a educação e estatuto socioeconómico. Para além destes, o comportamento de promoção de saúde terá maior probabilidade de ocorrer se o individuo perceber antecipadamente os benefícios desse comportamento. Da mesma forma, influenciam a ação, a percepção das dificuldades e da capacidade pessoal para a executar. Outro importante fator, que pode inibir ou levar à adoção de comportamentos promotores de saúde, é a influencia da família, grupos de pares e mesmo dos profissionais da saúde. Estes são as principais fontes de influencia interpessoal ao determinarem normas sociais, modelos de conduta e suporte social (Pender et al, 2014).

Para além disto, é fundamental que o enfermeiro encaminhe o individuo para um compromisso com um plano de ação, onde ao identificar estratégias que levam ao comportamento de promoção da saúde, este assume a intenção de realizar as ações destinadas a esse fim (Pender, et al, 2014).

## **2. METODOLOGIA**

O EEECS, avalia o estado de saúde de uma comunidade através da metodologia do planeamento em saúde (OE, 2010). Este processo desenvolve-se em várias fases, sendo a primeira delas o diagnóstico de situação, seguida da determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação da operacionalização e por último a avaliação (Tavares, 1990).

O planeamento em saúde visa promover a saúde, prevenir a doença, assim como a cura e a reabilitação das comunidades, através de mudanças de comportamento. Desta forma, a omissão de uma ou mais etapas poderá conduzir a uma inadequada prestação de cuidados (Tavares, 1990). Para além disto, este é um processo contínuo e dinâmico, não sendo possível considerar como concluída cada etapa, na medida em que no decorrer do processo poderá ser necessário voltar a fases anteriores (Imperatori & Giraldes, 1993).

### **2.1. Diagnóstico de situação**

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento em saúde, e deve permitir identificar as necessidades de saúde da população. O rigor na elaboração do diagnóstico de situação determina a escolha das prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993)

#### **2.1.1. Contexto**

O estágio foi desenvolvido no âmbito da saúde escolar, na UCC de um Centro de Saúde (CS) pertencente a um ACES de Lisboa.

No referido CS estão representadas, uma UCSP (unidade de cuidados saúde personalizados), uma USF (unidade saúde familiar) e uma UCC, onde está integrada a equipa de Saúde Escolar. Este Centro de Saúde cobre uma área de abrangência com 63.233 utentes.

A parque escolar da área de atuação deste ACES de Lisboa tem 53 estabelecimentos de ensino público, e também jardins de infância, escolas de ensino particular cooperativo e instituições de solidariedade social (IPSS), o que corresponde a um total de 25. 759 alunos.



À equipa de saúde escolar do CS em questão estão atribuídos 18 estabelecimentos de ensino, com um total de 8.740 alunos. A escola onde será desenvolvido o projeto é um externado do 2º e 3º ciclo, com uma população de 183 alunos, sendo que 108 frequentam o 2º ciclo, e 75 frequentam 3º ciclo.

#### 2.1.2. População alvo

A população-alvo é constituída pelos alunos que frequentam o 7º ano, do 3º ciclo, de um externato do 2º e 3º ciclo, da área de Lisboa, que corresponde a um total de 27 alunos. Destes 27 alunos a quem se entregou o consentimento informado para os pais/encarregados de educação (EE), apenas 23 o entregaram devidamente assinado e preenchido.

Foram incluídos os alunos cujos pais/E.E. preencheram e entregaram o consentimento autorizado. No dia agendado para responderem ao questionário, nenhum aluno faltou à aula, sendo que apenas os alunos que não entregaram o consentimento livre e esclarecido devidamente preenchido pelos pais/E.E. foram excluídos.

Dado a recolha de dados ter ocorrido no final do ano letivo (2015/2016), as restantes etapas do processo de planeamento em saúde decorreram no ano letivo seguinte (2016/2017). Esta transição levou à perda de alguns alunos, que deixaram a escola, ou não passaram de ano, sendo que a intervenção foi dirigida a 17 alunos que constituem a turma do 8º ano.

#### 2.1.3. Instrumento e procedimentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário já existente e validado, tendo sido elaborado e aplicado pelo Sr. Professor José Precioso, da universidade do Minho, num projeto de investigação denominado: “Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e avaliação longitudinal de um programa de avaliação baseado nas diferenças de género” (anexo II). A escolha deste questionário prende-se com o facto das questões que o compõem serem adequadas à população-alvo bem como à temática que se pretende estudar e intervir.

O questionário foi aplicado aos alunos que compõem a população-alvo anteriormente descrita, após autorização dos pais/E.E, em sala de aula, em dia e hora agendados para o efeito (maio de 2016), foram preenchidos pelos alunos na presença da mestrande, tendo sido entregues e recolhidos pela mesma.

#### 2.1.4. Questões éticas

O conselho internacional de enfermeiros, em documento relativo à relação dos enfermeiros e direitos humanos - Position Statement: Nurse and Human Rights (1998, cit por Nunes, 2013), afirma a obrigação destes profissionais em salvaguardar os direitos humanos, em qualquer situação, durante todo o tempo, o que abrange naturalmente a área da investigação.

A mesma entidade, dando especial atenção às questões relativas à vulnerabilidade, estabeleceu ainda 6 princípios éticos que devem guiar a investigação, são eles o princípio da beneficência, da não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013)

Para além destes, a investigação deve respeitar os direitos dos participantes no estudo, que incluem, direito a não receber dano; direito de informação completa sobre o estudo; direito de autodeterminação; direito à intimidade e direito ao anonimato e confidencialidade (Nunes, 2013).

De forma a respeitar os princípios e direitos acima referidos, dos participantes neste projeto, foram solicitadas várias autorizações. Ao ACES foi requerida autorização para desenvolver o projeto, a mesma foi concedida pelo diretor executivo (apêndice III). Da mesma forma foi solicitada autorização à escola para aplicação do questionário e operacionalização do projeto (apêndice IV). Aos pais foi entregue um consentimento livre e esclarecido para tomarem conhecimento e assinarem autorizando, ou não, a participação do seu educando (apêndice V). Por último foi requerida autorização ao Sr. Professor José Precioso, da universidade do Minho, autor do questionário, para a aplicação do mesmo (apêndice VI).

Para divulgação do nome, quer da instituição de ensino, quer do ACES onde decorreu o desenvolvimento do projeto, foram igualmente requeridas autorizações, as quais não foram concedidas, pelo que o nome das mesmas não é divulgado na redação deste relatório.

### 2.1.5. Análise e discussão dos dados

Os dados recolhidos através do questionário foram trabalhados no programa informático Microsoft Excel 2016 (apêndice VII).

A população-alvo é então constituída por 23 alunos, destes 43% do sexo masculino e 57% do sexo feminino, sendo que as idades se encontram entre os 12 e os 15 anos, com uma média de idades de 12.6 anos.

No gráfico abaixo encontra-se representada a população-alvo atendendo à distribuição por idade.



**Gráfico 1:** Distribuição dos participantes por idade

Relativamente à composição do agregado familiar, 70% dos alunos vivem com os pais, sendo que destes, 26% vivem só com o pai e mãe, 31% para além dos pais, vivem também com irmãos e 13% para além dos pais e irmãos, também vivem com os avós. 9% dos alunos vivem só com a mãe e 4% vivem com a mãe e irmãos. Outros 9% vivem com a mãe, o padrasto e irmãos. Uma minoria vive com a mãe e uma amiga da mãe, cerca de 4%, e outros 4% vive com a mãe, uma amiga da mãe e também com irmãos. Relativamente ao grau de escolaridade dos pais, verifica-se que 39% dos pais e das mães possuem o ensino secundário e cerca de 22% das mães têm o 1º ciclo. Referente ao pai cerca de 30% dos alunos não sabem a sua escolaridade.

Verifica-se que os adolescentes inquiridos consideram que as pessoas significativas não gostariam que o próprio fumasse. Todos os alunos acham que a mãe não gostaria que o próprio fumasse, o mesmo para 83% relativamente ao pai,

74% no caso dos irmãos, 96% e 35% para melhor amigo e namorado(a), respectivamente.

Relativamente à opinião destes jovens sobre o número de adolescentes, da mesma idade que fumam, verifica-se que 48% dos inquiridos considera que, em cada 100 adolescentes fumam entre 1 a 25, outros 31% consideram que fumam entre 25 a 50 adolescentes, os restantes 12% acham que em cada 100 adolescentes, mais de 50 fumam.

Dados do estudo HBSA, mostram que, nesta faixa etária (entre os 11 e os 13 anos) existe uma prevalência do consumo de cerca de 2.4%, jovens que admitem fumar pelo menos uma vez por semana (Matos et al, 2014). Também o estudo ECATD-CAD (Feijão, 2015) mostra que 4% dos alunos com 13 anos admitem ter fumado nos últimos 30 dias. Isto permite verificar que cerca de metade dos alunos tem uma perceção errada acerca do consumo de tabaco pelos adolescentes da mesma idade. Segundo o MPSNP, o comportamento do indivíduo é fortemente influenciado quer por familiares, quer pelos pares, ou mesmo pelos profissionais de saúde, para além disto, as influências situacionais no ambiente externo também contribuem para aumentar ou diminuir o compromisso com o comportamento de procura de saúde que se pretende estabelecer (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). O que se verifica particularmente importante uma vez que a sobrestima de cerca de metade dos jovens inquiridos poderá dificultar a adesão ao comportamento de promoção de saúde que se pretende alcançar.

Verifica-se que cerca de 48% dos pais, 43% das mães e ainda 52% dos professores falaram algumas vezes com estes adolescentes sobre as desvantagens de fumar. Igualmente 43% das mães falaram várias vezes sobre as desvantagens de fumar, mas apenas 26% dos pais e professores o fizeram.

Dos inquiridos, 4% assume que amigos já lhe ofereceram várias vezes cigarros e outros 4% refere ter recebido oferta de cigarros, uma ou outra vez, de outras pessoas, que não pai ou mãe, irmãos ou amigos. A maioria, 92%, nunca recebeu oferta de cigarros.

Cerca de 61% dos pais, 39% das mães e 9% dos irmãos dos inquiridos, fumam. Apenas 22% dos alunos referem não ter familiares próximos (pai, mãe e irmãos) fumadores, os restantes 78% têm um ou mais destes familiares fumadores. Segundo o MPSNP, os indivíduos tendem a apresentar comportamentos por modelagem, ou

seja, quando familiares e amigos significativos exibem esse mesmo comportamento (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011), o que aqui se torna particularmente importante, evidenciando o risco acrescido, desta população, a desenvolver este comportamento.

Relativamente à exposição ao FAT em casa, verifica-se que 22% das mães, 44% dos pais e 26% das visitas, fumam no interior da casa onde o adolescente vive. Apenas 39% dos participantes não está exposta ao fumo do tabaco na sua casa. Os restantes 61% estão expostos ao FAT nas suas casas, ocasionalmente ou mesmo todos os dias, uma vez que vivem ou convivem com uma ou mais das pessoas supracitadas. De acordo com um estudo desenvolvido pela OMS e pela CDC (Centers for Disease Control and Prevention), com adolescentes dos 12 aos 15 anos, de 132 países, cerca de 43.9% estão expostos ao FAT no domicílio (The GTSS Collaborative Group, 2006). Em Portugal, um estudo desenvolvido no ano letivo 2002/2003, numa amostra de 1141 alunos com idades entre os 12 e os 15 anos, revelou uma percentagem de 38% de alunos que estavam expostos ao FAT, diária ou ocasionalmente, devido a familiares próximos, como pai, mãe e irmãos, fumarem no interior da casa onde estes vivem (Precioso, et al., 2012), o que permite constatar na população-alvo aqui em estudo uma percentagem bastante mais elevada. Este dado é preocupante, uma vez que, o consumo de tabaco pelos pais e outros conviventes, em casa, é o fator mais importante de exposição das crianças e jovens ao FAT. Para além de que o comportamento dos pais funciona como modelo e estabelece nas crianças, crenças normativas, o que se torna um importante preditor do comportamento tabágico dos adolescentes (Precioso et al, 2012).

No que diz respeito a amigos que fumam, 26% dos adolescentes inquiridos dizem ter amigos rapazes que fuma e cerca 8% tem amigas raparigas que fuma. A maioria não tem amigos fumadores, 70% diz não ter amigos rapazes fumadores e 78% considera que as amigas raparigas não fumam. Relativamente à experimentação, pelo próprio, 26% da amostra já experimentou fumar e 74% negam ter experimentado fumar. Estes dados estão de acordo com os do estudo HBSA, que revelam aos 12 anos uma percentagem de 20.6% de jovens que já experimentaram fumar e 29.5%, aos 13 anos (Matos et al, 2014). No entanto, o estudo ECATD-CAD decorrido em 2015, documenta que 12% dos jovens na faixa etária dos 13 anos, admitem já ter experimentado fumar (Feijão, 2016), este valor encontra-se bastante

inferior ao da população-alvo, aqui em estudo, evidenciando outro fator de preocupação.

Quanto à prevalência, nenhum participante assume fumar atualmente, assim como nenhum refere ter fumado nos últimos 30 dias nem ao fim-de-semana, o que mais uma vez está também de acordo com os dados nacionais de HBSA, uma vez que a prevalência do consumo nesta idade é bastante reduzida, cerca de 2.4% (Matos et al, 2014) e 4% no estudo ECATD-CAD (Feijão, 2016). Da mesma forma, quando questionados sobre tentar deixar de fumar, 100% refere que não se aplica no meu caso.

Quanto à intenção, apenas 57% refere ter certeza que não fumará, dos restantes, 22% diz que não sabe se será fumar, e os outros 22% acham que provavelmente não serão fumadores.

Relativamente à relação com a escola, cerca de metade dos alunos gosta da escola e aproximadamente 30% não gosta. A maioria dos alunos, 70%, nunca se envolveu em brigas com colegas. Nas questões relativas à imagem corporal, a maioria dos participantes, 61%, acha que o seu corpo está bem assim, e 30% acha que está um pouco gordo de mais. Da mesma forma, cerca de 65%, a maioria, acha que o seu peso está bem.

No que se refere à assertividade, 83% dos alunos, afirma que recusava o cigarro se um amigo o oferecesse, 13% respondem que não sabem se recusariam e 4% que corresponde a um aluno, diz que aceitava.

Aproximadamente metade dos participantes, 48%, assumem que nunca se deixam convencer pelos outros a fazer coisas que não querem, cerca de 27% admite que raramente isso aconteceu, e os restantes 17%, admitem já o terem feito várias vezes. A maioria dos alunos, cerca de 96%, sente que recebe muito apoio dos pais nas questões relacionadas com a escola. Igualmente para a maioria, 87%, a opinião dos pais relativa ao tabaco é muito importante, para cerca de 13% é indiferente a opinião dos pais.

A maioria dos alunos, aproximadamente 83%, tem disponível para gastar livremente até 10€ por semana. Ainda assim, 9% dos participantes tem disponível, por semana, entre 10 a 25€, e outros 9% dispõe de mais do que 50€ para gastar livremente por semana. Estes dados assumem particular importância quando relacionados com os do estudo ESPAD 2011 (European School Survey Project on

Alcohol and Drugs), que mostra que 69% dos adolescentes inquiridos, considera fácil ou muito fácil adquirir tabaco (Hibell et al, 2012). Para além de que a facilidade de acesso a tabaco contribui para o seu consumo por parte dos jovens (Sousa et al, 2007).

A seguinte tabela descreve os problemas identificados com a análise dos dados realizada anteriormente.

**Tabela 1:** Problemas identificados com a análise dos dados

<b>Problema identificado</b>	<b>Frequências relativas</b>
<b>Baixa resistência à pressão dos pares</b>	13% dos alunos não sabem se recusariam um cigarro; 4% diz que aceitava o cigarro; 52% dos alunos já fez coisas que não queria para não desiludir os amigos;
<b>Pais e irmãos fumadores</b>	78% dos alunos tem pais e irmãos fumadores;
<b>Experimentação de tabaco</b>	26% dos alunos já experimentaram fumar;
<b>Sobrestima acerca dos adolescentes da mesma idade que fumam</b>	43% têm uma sobrestima acerca do numero de jovens da mesma idade que fumam
<b>Exposição ao FAT em casa</b>	61% dos alunos vive/convive com uma ou mais pessoas que fumam no interior da sua casa
<b>Amigos fumadores</b>	34% dos alunos têm amigos que fumam;
<b>Intenção de fumar</b>	44% dos alunos, não assumem, com certeza, que não serão fumadores.
<b>Disponibilidade de dinheiro</b>	83% dos alunos dispõe entre 5 a 10€ para gastar livremente, por semana; 18% dos alunos dispõe, por semana, de mais de 10€ para gastar livremente.

#### 2.1.6. Diagnósticos de enfermagem

Com base nos problemas identificados anteriormente através da análise dos dados, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE, versão 2015 (OE, 2016).

**Baixa autoeficácia na recusa de tabaco relacionado com:**

- Baixa resistência à pressão dos pares
- Intenção de fumar
- Experimentação de tabaco

**Défice de conhecimento sobre o tabagismo relacionado com:**

- Sobrestima acerca dos adolescentes da mesma idade que fumam

**Risco de compromisso no processo social relacionado com:**

- Existência de pais e irmãos fumadores
- Existência de amigos fumadores

**Risco para a saúde do adolescente relacionado com:**

- Exposição ao FAT em casa

**Risco de abuso de tabaco relacionado com:**

- Disponibilidade de dinheiro



### **3. PROJETO DE INTERVENÇÃO: PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA**

O projeto de intervenção comunitária, subordinado ao tema da prevenção do tabagismo na adolescência, foi desenvolvido tendo por base o diagnóstico de situação anteriormente realizado. Com base nos problemas identificados naquela fase foram agora determinadas as prioridades de intervenção.

#### **3.1. Determinação de prioridades**

A determinação de prioridades apresenta-se como a segunda fase do processo de planeamento em saúde e irá permitir hierarquizar os problemas identificados anteriormente na fase de diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993). Trata-se de um processo de tomada de decisão que visa uma eficiente utilização dos recursos existentes para otimizar os resultados pretendidos com a implementação do projeto (Tavares, 1990).

Determinar prioridades é identificar que problemas devem ser resolvidos primeiramente, para tal é fundamental definir critérios que permitam ordená-los por prioridades. O método de Hanlon é uma técnica para determinação de prioridades que se baseia em quatro critérios: Amplitude do Problema (A), Gravidade do problema (B), Eficácia da solução (C) e Exequibilidade da intervenção (D). Através do cálculo da seguinte fórmula -  $(A + B) \times C \times D$  – aplicado a cada problema, se obtém a hierarquização dos mesmos (Tavares, 1990).

O método de Hanlon foi a técnica utilizada para a determinação de prioridades dos problemas identificados. Os critérios definidos (A, B, C e D) são apresentados no apêndice VIII.

A tabela seguinte expõe o cálculo das prioridades, por problema identificado.

**Tabela 2:** Determinação de prioridades, através do método de Hanlon

<b>Problemas</b>	<b>Critérios</b>				<b>Cálculo das prioridades (A + B) C x D</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	
<b>Baixa autoeficácia na recusa de tabaco</b>	8	10	1	1	18
<b>Défice de conhecimento sobre o tabagismo</b>	6	10	1,5	1	24
<b>Risco de compromisso no processo social</b>	8	8	0,5	0	0
<b>Risco para a saúde do adolescente</b>	8	10	0,5	1	9
<b>Risco de abuso de tabaco</b>	10	5	0,5	0	0

Foi assim identificado o défice de conhecimento relativo ao tabagismo como o problema com maior prioridade. Este problema apesar de, relativamente à amplitude obter classificação 6, foi-lhe atribuída classificação máxima quanto á gravidade, uma vez que a falta de conhecimentos é apontada como um dos principais fatores associados ao inicio do consumo de tabaco (Precioso, 2008). A sobrestima revela falta de conhecimento, uma vez que a grande maioria dos adolescentes desta idade não fuma. Atendendo a que, os jovens nesta idade, aprendem por modelagem, considerarem que os outros também fumam, pode tornar os adolescentes mais suscetíveis a este comportamento de risco para a saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). Pode ainda considerar-se um problema de fácil solução e exequível, a intervenção pode ser planeada e desenvolvida no decorrer deste projeto, existindo recursos para o fazer, é pertinente e de fácil aceitabilidade. Atendendo a todos estes fatores, o cálculo do valor da prioridade dá prioridade a este problema.

O segundo problema na escala de hierarquização determinada pelo método de Hanlon, é a baixa autoeficácia na recusa de tabaco. Quanto à amplitude este problema atinge cerca de 70% da população-alvo. Autoeficácia refere-se ao sentimento de valorização e crença pessoal de saber lidar, com sucesso, com os desafios e enfrentar

problemas, uma baixa autoeficácia leva a uma fraca capacidade para resistir às adversidades (Simões, et al, 2009). Associado a isto, a baixa capacidade para recusar o cigarro é outro importante fator determinante do início do consumo desta substância (Nunes, 2004; Precioso, 2008; Ferreira & Torgal 2010; Abreu & Caiffa, 2011, McKelvey et al, 2014), o que leva a considerar, também este, um problema de gravidade elevada. Quanto à eficácia da solução, esta foi considerada possível, através de estratégias adequadas e devidamente planeadas. Considera-se assim um problema exequível, existindo os necessários recursos, tem pertinência e será aceite pela população-alvo da intervenção.

O terceiro problema diz respeito ao risco para a saúde dos adolescentes, relacionado com a exposição ao FAT em casa. Este é um problema com uma amplitude 8, uma vez que 61% da população-alvo vive ou convive, com uma ou mais pessoas que fuma no interior de sua casa. Foi considerado igualmente de gravidade elevada, atendendo aos inúmeros problemas para a saúde das crianças e jovens que a exposição ao FAT acarreta. As crianças são particularmente vulneráveis uma vez que possuem ainda em desenvolvimento o sistema respiratório assim como o sistema imunitário. Entre outros, a exposição ao FAT está associada ao aumento, em crianças, de infeções agudas das vias aéreas inferiores, ao aumento dos casos de asma, bem como ao aumento da gravidade da doença, quando esta já existia (California Environmental Protection Agency, 2005). Relativamente à eficácia da solução, da mesma forma esta é possível, não sendo um problema de solução fácil, uma vez que pressupõe a mudança de comportamento e hábitos. É, contudo, exequível pelas mesmas razões nomeadas anteriormente.

Quanto ao problema identificada de risco de compromisso no processo social relacionado com a existência de pais e amigos fumadores, embora este tenha uma amplitude e gravidade elevadas, o mesmo não é exequível. Sendo o objetivo deste projeto a prevenção do consumo de tabaco, não tem pertinência uma intervenção no âmbito da cessação tabágica, para além de que não existem recursos disponíveis para a executar.

O problema identificado de risco de abuso de tabaco, relacionado com a disponibilidade de dinheiro, igualmente não é exequível, uma vez que não encontraria aceitabilidade por parte dos alunos alvo da intervenção.

### 3.2. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Os mesmos serão definidos no âmbito das prioridades determinadas na etapa anterior. Os objetivos devem descrever os critérios e normas que guiam as atividades a desenvolver, o que irá também permitir avaliar o sucesso do projeto (Tavares, 1990).

Objetivo pode definir-se como a descrição de um resultado que se pretende alcançar, que sendo exequível visa alterar a evolução de um problema (Imperatori & Giraldes, 1993). A fixação de objetivos passa pela formulação do objetivo geral, bem como dos respetivos objetivos específicos. Neste sentido, enquanto o objetivo geral se refere de forma abrangente a uma situação que se visa atingir, os objetivos específicos referem-se a aspetos particulares dessa situação, são traduzidos em termos de indicadores de resultado, mensuráveis a médio prazo (Tavares, 1990).

No entanto, para que ocorra uma adequada gestão do projeto, devem ainda definir-se claramente os objetivos operacionais/metastas. Os objetivos operacionais/metastas dizem respeito aos resultados pretendidos com a execução das atividades planeadas, que se traduzem em indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990).

Pode entender-se indicador como sendo a “relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, p. 120). Assim, esta etapa pressupõe para além da fixação dos objetivos, que se definam os indicadores e ainda que se traduzam os objetivos em objetivos operacionais ou metastas.

No seguimento do anteriormente descrito, foram elaborados os objetivos, geral, específicos e operacionais, e indicadores de resultado, para cada diagnóstico de enfermagem, descritos na tabela 3.

**Tabela 3:** Objetivos, geral, específicos e operacionais e indicadores de resultado, por diagnóstico prioritário.

<b>Diagnóstico de enfermagem: Déficit de conhecimento sobre o tabagismo</b>		
<b>Objetivo geral:</b> Capacitar os alunos do 8º ano, de um externato da área de Lisboa, através de conhecimentos relativos ao tabagismo, até fev. 2017.		
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar os conhecimentos relativamente ao tabagismo;</li> <li>- Alertar para a problemática do tabagismo e sua dependência;</li> <li>- Estimular o pensamento crítico e promover a capacidade de tomar decisões informadas na área da saúde;</li> </ul>	<b>Objetivo operacional:</b> Que pelo menos 70% da população-alvo, demonstre conhecimentos acerca do tabagismo.	<b>Indicadores de resultado:</b> Taxa de alunos que responde corretamente às questões relativas ao tabagismo.
<b>Diagnóstico de enfermagem: Baixa autoeficácia na recusa de tabaco</b>		
<b>Objetivo Geral:</b> Capacitar os alunos do 8º ano, de um externato da área de Lisboa, para a prevenção do consumo de tabaco, até fev. 2017.		
<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alertar os alunos para o risco de iniciação ao tabagismo por influência dos amigos;</li> <li>- Conscientizar os alunos para a dificuldade de dizer “não”;</li> <li>- Desenvolver capacidades de recusa e resistência à pressão dos pares.</li> </ul>	<b>Objetivo operacional:</b> Que pelo menos 70% da população-alvo demonstre autoeficácia nas questões acerca da recusa de tabaco, resistência à pressão dos pares e intenção de fumar.	<b>Indicadores de resultado:</b> Taxa de alunos que demonstram autoeficácia nas questões relativas à recusa de tabaco, resistência à pressão dos pares e intenção de fumar.

### Diagnóstico de enfermagem: Risco para a saúde do adolescente

**Objetivo geral:** Promover nos alunos do 8º ano e respetivos pais/EE, de um externato da área de Lisboa, o desenvolvimento de hábitos que possibilitem ambientes mais saudáveis e livres do fumo ambiental do tabaco, nomeadamente em casa, até fev. 2017.

<b>Objetivos específicos:</b>	<b>Objetivos operacionais:</b>	<b>Indicadores de resultado:</b>
- Alertar para os malefícios para a saúde, da exposição ao fumo passivo do tabaco; - Capacitar os alunos para promover a mudança dos hábitos, relativos ao consumo de tabaco em casa, dos pais/EE.	Que pelo menos 70% dos alunos demonstre conhecimentos acerca do FAT; Que pelo menos 60% dos alunos viva em domicílios livres do FAT;	Taxa de alunos que responde corretamente às questões relativas ao FAT; Taxa de alunos que vive em domicílios sem FAT.

De forma a possibilitar a mensuração das atividades, foram também definidos os seguintes indicadores de atividade:

- N° de sessões realizadas/n° de sessões programadas x 100;
- N° de alunos presentes em cada sessão/n° total de alunos do 8ºano x 100;
- N° de pais/EE presentes em cada sessão/n° total de pais/EE dos alunos do 8º ano x 100 (sendo considerado 1 representante por cada aluno);
- N° de alunos que avaliam com satisfação cada sessão realizada/n° de alunos presentes em cada sessão x 100;
- N° de pais/EE que avaliam com satisfação cada sessão/n° de pais/EE presentes em cada sessão x 100;

### 3.3. Seleção de estratégias

Com a etapa de seleção de estratégias pretende-se delinear o processo que melhor se adequa à resolução dos problemas anteriormente identificados como prioritários. Assim pode definir-se estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 65).

A prevenção primária visa promover a saúde, assim como proteger contra eventuais ameaças para a saúde. Este nível de prevenção foca essencialmente populações saudáveis, pretende impedir que os problemas aconteçam através da promoção dos fatores protetores assim como reduzindo suscetibilidades e exposição a fatores de risco (Keller, Strohschein & Briske, 2011). Atendendo a que se pretende impedir a iniciação do consumo de tabaco, em adolescentes, protegendo-os dos malefícios para a saúde que este comportamento acarreta, as atividades a desenvolver devem ser planeadas a este nível de atuação.

Para promover a saúde de um grupo ou população é fundamental que os indivíduos recebam informação relacionada com a sua saúde e a compreendam. Desta forma, a educação para a saúde, essencial à prática de enfermagem, possibilita aos indivíduos, assumir e reconhecer a responsabilidade que detêm sobre a sua saúde assim como em eventuais alterações de estilos de vida (Carvalho & Carvalho, 2006; Onega & Devers, 2011).

A educação para a saúde conduz a uma aprendizagem, por parte dos indivíduos, que lhes permite melhorar as capacidades de tomar decisões e dessa forma alterar comportamentos. Compreender os domínios deste processo de aprendizagem é essencial para o planeamento de ações de educação para a saúde eficazes (Onega & Devers, 2011). Desta forma a aprendizagem passa pelo domínio cognitivo, domínio afetivo e ainda pelo domínio psicomotor (Bloom et al, 1956, cit por Onega & Devers, 2011).

O domínio cognitivo diz respeito à compreensão e memorização, o enfermeiro deve adaptar as atividades ao nível cognitivo dos indivíduos, ensinar em desacordo com o nível de compreensão pode levar à frustração ou perda de interesse. Por outro lado, o domínio afetivo relaciona-se com as atitudes e valores dos indivíduos, para

uma aprendizagem efetiva, que conduza a mudanças de atitude e desenvolvimento de valores, as ações de educação para a saúde devem considerar e tentar influenciar o que o grupo sente, pensa e valoriza. Por último, o domínio psicomotor relaciona-se com o desempenho de atividades que implicam capacidade motora e coordenação neuromuscular (Onega & Devers, 2011).

Na prevenção do tabagismo, uma importante estratégia para o enfermeiro, é a atuação em meio escolar através de ações de educação para a saúde que estimulem uma reflexão crítica sobre o tabaco e os seus malefícios para a saúde (Giron et al, 2010). Desta forma, a estratégia identificada como a mais eficaz para responder aos problemas anteriormente identificados é a EpS, tendo por base os domínios da aprendizagem anteriormente referidos, nomeadamente o domínio cognitivo e afetivo, uma vez que aquilo que se pretende é o desenvolvimento de atitudes negativas face ao comportamento de fumar.

Segundo a teoria da Ação Racional (Precioso & Macedo, 2004), quando existe uma atitude favorável perante determinado comportamento, e se percebe apoio normativo das pessoas significativas (norma subjetiva), há uma maior probabilidade de se realizar esse mesmo comportamento. Nesta perspetiva, a promoção de atitudes favoráveis ao não consumo de tabaco e a implementação de uma norma subjetiva desfavorável ao consumo, devem ter um importante impacto na prevenção do tabagismo, o que veio trazer fortes implicações no desenvolvimento de programas de prevenção do tabagismo.

Também Pender et al (2014), acreditam que as pessoas mais facilmente desempenham comportamentos promotores de saúde se os modelos significativos, como família e grupo de pares, o encorajam dando apoio e suporte, e esperam que o mesmo ocorra.

Várias programas de apoio à prevenção do tabagismo têm sido desenvolvidos, todos têm em comum a sua implementação em meio escolar, visando criar nos jovens, resistências psicológicas contra fatores psicossociais que conduzem ao comportamento de fumar. Entre outros, devem incluir uma componente informativa sobre fumar, alertando sobre as consequências para a saúde deste comportamento; desenvolver nos jovens uma atitude sobre fumar e tomada de uma decisão sobre o comportamento; permitir-lhes reconhecer os processos de influência social e treinar habilidades de resistência (Preciso & Macedo, 2004).



De acordo com as guidelines do Centers of Disease Control and Prevention (2008), relativas aos programas de prevenção do tabaco em meio escolar, estes devem incluir uma componente instrutiva que contemple as consequências fisiológicas e sociais de fumar, as influências sociais, estratégias de recusa, assertividade e resistência à pressão dos pares. No entanto, a mesma fonte alerta para um facto, se os programas apenas se basearem em falar sobre os malefícios do tabaco ou incutir o medo sobre esta substância, não irão obter sucesso na prevenção do seu uso.

Com base no MPSNP, os comportamentos de promoção da saúde surgem como o resultado que se pretende alcançar e potenciam uma melhor saúde, melhor condição física e melhor qualidade de vida, em todas as fases do desenvolvimento. Para tal o mesmo assenta na premissa de que o comportamento de promoção da saúde resulta da inter-relação entre as características e experiência individuais com o conhecimento e sentimentos sobre o comportamento que se pretende atingir (Pender et al, 2014).

O comportamento de promoção da saúde que com este projeto se pretende atingir é o não consumo de tabaco pelos adolescentes, pelo que o planeamento das atividades e estratégias tiveram por base os fundamentos deste modelo. Dessa forma, o planeamento das atividades foi desenvolvido na base do diagnóstico da situação previamente realizado, onde através do questionário, as características e experiências pessoais da população-alvo foram estudadas, definidos os problemas prioritários e planeada uma intervenção ajustada às reais necessidades.

### **3.4. Preparação operacional**

Esta etapa do planeamento em saúde existe para facilitar a realização das atividades. Visa fundamentalmente evidenciar as relações entre as atividades, de forma a evitar o acumular de ações em determinado período e atividades sobrepostas. Permite ainda determinar eventuais dificuldades na operacionalização assim como prever os recursos necessários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Especificar as atividades em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos constitui o início desta etapa (Tavares, 1990). Assim torna-se necessário determinar como cada atividade será executada e definir com pormenor

os resultados a obter (Imperatori & Giraldes, 1993), para tal foi elaborado um plano operacional detalhado que descreve com pormenor as atividades planeadas de forma a atingir os objetivos pretendidos (apêndice IX).

Realizar um calendário relativo à execução das atividades do projeto permite determinar as relações sequenciais entre as mesmas (Imperatori & Giraldes, 1993). Para organizar a execução das atividades no tempo disponível para este projeto elaborou-se um cronograma de Gantt (apêndice X). No seguimento do planeamento operacional anteriormente abordado, foi igualmente necessário prever os recursos necessários para cada atividade (apêndice XI). Determinar a necessidade de recursos passa por apurar para cada atividade, não só os recursos financeiros, como também humanos e materiais, a principal forma de os obter e as datas exatas em que os mesmos serão necessários (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fim de preparar a operacionalização do projeto, primeiramente foram realizadas 2 reuniões na escola, com a respetiva coordenadora e posteriormente com a diretora de turma, para proceder ao agendamento das atividades, bem como para estabelecer os meios de articulação com os restantes professores e comunidade escolar. Para além destas reuniões, contato via e-mail e telefone foi sempre mantido, com a regularidade necessária.

As atividades desenvolvidas nas sessões foram inspiradas nos programas “Querer é Poder”, manual I e II, desenvolvido para jovens dos 12 aos 14 anos, no âmbito do projeto europeu ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach) (Vitória, Raposo & Peixoto, 2007), assim como no programa “Não fumar é o que está a dar”, desenvolvido pelo Sr. Professor José Precioso da universidade do Minho. Ambos os programas se destinam a prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens, através de ações em meio escolar (Precioso & Macedo, 2004).

Segue-se uma abordagem sobre cada atividade realizada, relato e fundamentação.

### **Atividade nº 1: sessão de EpS dirigida aos pais “Sensibilização para a problemática do tabagismo.”**

Esta sessão destinada aos pais/EE, teve por objetivos alertar para a dimensão da problemática do tabagismo; sensibilizar para a importância da prevenção, assim como para o papel dos pais na prevenção do consumo de tabaco nos jovens. Para

além disto, ao alertar para o facto de as crianças serem um grupo particularmente vulnerável aos malefícios para a saúde, que o fumo ambiental do tabaco traz, pretendia-se desta forma, contribuir para a diminuição da exposição ao FAT em casa, promovendo ambientes mais saudáveis e livres de fumo.

Sendo reconhecido que o envolvimento dos pais/EE/família, é fundamental para o sucesso dos programas de prevenção da iniciação ao consumo de tabaco (Ferreira e Torgal, 2010; Pender et al, 2014), esta intervenção para além de dar conhecimento sobre o projeto, convidava à participação e envolvimento dos pais em futuras atividades que os alunos levariam para desenvolverem em conjunto, em casa. O envolvimento da família ocorre através dos próprios filhos, com sessões nas escolas, através do envio de desdobráveis, entre outras (CDC, 2008).

Atendendo a que, a coordenadora da escola havia alertado para a dificuldade que seria conseguir a comparência dos pais nas atividades, esta intervenção teve lugar no dia da reunião de pais, no início do ano letivo.

A sessão decorreu no dia 28-09-2016, pelas 18.00h, tendo-se recorrido a uma apresentação em power-point (apêndice XII) e à visualização de um vídeo, conforme descrito no plano da sessão (apêndice XIII). Os principais temas abordados referem-se aos malefícios do tabaco para a saúde; a rápida dependência nos adolescentes e o início do consumo na adolescência; papel da família na prevenção; fumo passivo do tabaco e principais formas de exposição das crianças e adolescentes. Durante toda a sessão, os participantes foram convidados a participar, expondo as suas dúvidas e opiniões. Por fim, foi solicitado o preenchimento da folha de presenças, assim como o questionário de avaliação da satisfação.

### **Atividade nº 2: sessão de EpS “Tabagismo, o que sabemos?”**

Esta sessão, destinada aos alunos, ao fornecer informações relevantes sobre o tabagismo e estimular a reflexão, tinha como objetivos definir o conceito de saúde e levá-los a compreender que a saúde é determinada por estilos de vida; alertar para a dependência provocada pelo tabaco e importância da prevenção; promover o pensamento crítico e a criação de uma opinião acerca de fumar.

A falta de informação sobre o tabagismo é um importante fator preditor da iniciação ao consumo desta substância (Precioso, 2008), esta sessão, ao contemplar a componente informativa referida nos diferentes programas de prevenção do

tabagismo anteriormente descritos, pretendia dar resposta ao primeiro problema prioritário identificado no diagnóstico de situação. Para além disto, ao usar como estratégia a Eps, torna-se fundamental o fornecimento de informação relevante que permita o desenvolvimento do pensamento crítico e, consequentemente, melhorar a capacidade de tomar decisões (Loureiro e Miranda, 2010).

A sessão decorreu no dia 24-10-2016, pelas 8.30h. Atendendo a que, no processo de aprendizagem, os indivíduos quando participam apresentam-se mais motivados, e desta forma aprendem melhor (Onega & Devers, 2011), utilizou-se para além de uma apresentação em power-point (apêndice XIV), a visualização de um filme acerca dos malefícios do tabaco no organismo, e ainda estratégias como atividade quebra-gelo, chuva de ideias, reflexão e debate, conforme plano da sessão (apêndice XV). Assim, as temáticas abordadas incluíam a definição do conceito de saúde e responsabilidade pessoal sobre ela; os efeitos de fumar, pessoais, sociais e ambientais; constituição do cigarro; dependência do tabaco; desmistificar sobrestima acerca do nº de jovens que fumam e as vantagens de não fumar. Houve ainda lugar à exposição de dúvidas.

No final, foi sugerido que a turma se dividisse e seleccionassem uma das atividades propostas para desenvolverem em grupo, como trabalho de casa (power-point para apresentarem aos colegas das outras turmas, um folheto informativo, a letra de uma canção, um cartaz, ou outros).

Esta atividade, para além de potenciar que eles próprios procurassem informação e refletissem sobre o tema, pretendia promover a participação da restante comunidade escolar e também dos pais/EE, atendendo à importância reconhecida do envolvimento destes para o sucesso dos programas de prevenção do tabagismo (Ferreira e Torgal, 2010; Pender et al, 2014). Isto associado ao contributo que estes sistemas sociais representam no desenvolvimento de uma identidade pessoal de autonomia do adolescente (Munister et al, 1998, cit por Simões et al, 2009; Sousa et al, 2007; Saewyc, 2014), naturalmente irá contribuir para diminuir comportamentos de risco e potenciar escolhas saudáveis.

Por fim, foi solicitado o preenchimento da folha de presenças, assim como o questionário de avaliação da satisfação.

### **Atividade nº 3: sessão de EpS “Eu... o que farei?”**

A baixa autoeficácia para recusar o cigarro é outro importante determinante da iniciação ao consumo de tabaco na adolescência (McKelvey et al, 2014), tendo sido este problema identificado como o 2º prioritário na fase de determinação de prioridades. Este facto associado à importância, para o início do consumo, da convivência com familiares fumadores, bem como da existência e influência de amigos fumadores (Nunes, 2004; Precioso, 2008; Giron et al, 2010; Ferreira & Torgal 2010; Abreu & Caiffa, 2011, McKelvey et al, 2014) (78% dos alunos desta população-alvo têm pais e/ou irmãos fumadores e outros 34% têm amigos que fumam), determinaram o planeamento desta sessão.

Neste sentido, esta sessão pretendia aumentar a autoeficácia ao estimular o sentimento de valorização e crença pessoal de ser capaz de enfrentar problemas e resistir às adversidades (Simões, et al, 2009), tendo por isso como objetivos desenvolver nos alunos a consciência da dificuldade de dizer “não”, assim como desenvolver e treinar competências para lidar com situações de pressão e influência social, para além de pretender promover o desenvolvimento de uma posição relativamente à intenção de fumar.

A sessão decorreu no dia 21-11-2016, pelas 8.30h. Atendendo particularmente ao domínio afetivo da aprendizagem, as ações de EpS para conduzirem com eficácia a mudanças de atitude e desenvolvimento de valores, devem considerar e tentar influenciar o que o grupo sente, pensa e valoriza (Onega & Devers, 2011), neste sentido foram utilizadas estratégias como preenchimento de fichas de auto-registo, bem como atividades de role-play, que permitem uma reflexão e reconhecimento individual de sentimentos e emoções, para posterior partilha e análise em grupo, para além de outras estratégias interativas, como a visualização de um filme, uma apresentação em power-point (apêndice XVI), debate em grupo, conforme plano da sessão (apêndice XVII).

Por fim, mais uma vez foi solicitado o preenchimento da folha de presenças, assim como o questionário de avaliação da satisfação.

### **Atividade nº 4: sessão de EpS “Fumar, um problema para todos!”**

O hábito tabágico dos pais, assim como a sua atitude em relação ao consumo de tabaco são um importante fator associado ao início do consumo desta substância

pelos adolescentes. As crianças que crescem em ambientes livres de tabaco e onde os pais desaprovam este comportamento têm menos probabilidade de virem a ser fumadores (Precioso, Macedo & Rebelo, 2007; Precioso et al, 2012). Por outro lado, o hábito tabágico dos pais é o principal fator de exposição das crianças ao FAT, e a todas as consequências para a saúde que este fator implica (Precioso et al, 2012). Nesta população-alvo, importa realçar que 61% dos alunos estão expostos, diária ou ocasionalmente ao FAT em casa, tendo esta sessão sido planeada visando particularmente dar resposta ao 3º problema prioritário identificado.

Neste sentido, os principais objetivos considerados para esta sessão envolvem consciencializar para a problemática do tabagismo associada ao FAT; aumentar os conhecimentos relativos ao fumo passivo; desenvolver atitudes promotoras de ambientes livres de tabaco; contribuir para a diminuição da exposição ao FAT, em casa.

A melhor forma de proteger as crianças/adolescentes do fumo de tabaco é através da cessação do tabagismo dos pais, ou dada a dificuldade desta via, sensibiliza-los para não fumarem em casa (Precioso et al, 2007). O envio de folhetos pode ser uma forma eficaz de, através dos alunos, envolver os pais nos programas de prevenção (Precioso et al, 2007; Precioso et al, 2010) para além de promover debates em casa sobre o tema, entre pais e filhos, sugerindo atividades para trabalho de casa (CDC, 2008). Assim, a sessão foi desenvolvida de forma a promover a participação e consciencialização dos pais/EE sobre o tema, através do envio de um folheto (apêndice XVIII), realizado pela mestrande para os filhos entregarem aos pais, e também solicitando o desenvolvimento de uma atividade em casa, a ser realizada em conjunto, pais e filhos.

A sessão decorreu no dia 13-12-2016, pelas 14.30h. As temáticas abordadas incluem informação sobre as formas de fumo passivo e principais grupos suscetíveis, assim como as principais consequências para a saúde. Mais uma vez foram utilizadas estratégias interativas como fichas de auto-registo para reflexão individual e posterior partilha e debate em grupo sobre sentimentos e preocupações, para além da visualização de um filme e uma apresentação em power-point (apêndice XIX), conforme descrito no plano da sessão (apêndice XX).

O preenchimento da folha de presenças e do questionário de avaliação da satisfação deram termo à sessão.

### **Atividade nº5: sessão de EpS “Tabagismo: certezas e opiniões!”**

Esta sessão, decorrida no dia 10-01-2017 pelas 14,30h, teve como principais objetivos consolidar conhecimentos sobre o FAT e estratégias para o minimizar, bem como consolidar conhecimentos sobre o tabagismo; promover o pensamento crítico e sedimentar a opinião sobre a temática, e ainda esclarecer dúvidas. Para isso houve lugar à discussão sobre a atividade de casa, proposta na sessão anterior, que permitiu analisar a eventual preocupação demonstrada pelos pais relativamente à exposição dos filhos ao FAT, após a leitura do folheto informativo enviado pelos alunos para os pais. Analisar as respostas ao questionário da atividade de casa, permitiu avaliar se pais e alunos reconhecem os efeitos e gravidade do fumo passivo para as pessoas a este expostas, para além de permitir discutir sobre as implicações e importância desta reflexão familiar em eventuais mudanças comportamentais em casa.

Para além disto, teve lugar nesta sessão a apresentação dos trabalhos de grupo anteriormente propostos. Cada grupo desenvolveu uma apresentação do seu trabalho para a restante turma, professor e mestrande, conforme plano da sessão (apêndice XXI). Esta atividade permitiu aos alunos mobilizar os conhecimentos adquiridos e transmiti-los, o que também contribuiu para os consolidar.

A utilização de vários meios de aprendizagem aumenta o sucesso da EpS, o uso de informação escrita, quando ajustada às características cognitivas dos indivíduos, potencia a retenção da informação e possibilita que a mesma seja consultada e novamente lida (Redman, 2003). Neste sentido, o encerramento da sessão ocorreu com a entrega de um folheto informativo (apêndice XXII), realizado pela mestrande para os alunos, com informações chave acerca dos principais temas abordados nas sessões, com lugar a assumirem um compromisso com a saúde, ou seja, foi proposto aos alunos assinarem, voluntariamente, o destacável do folheto, onde se comprometiam a proteger a sua saúde e a dos outros, assim como o ambiente, ao reconhecerem os malefícios do tabaco. Assim, não só se comprometeram a dizer “não” ao tabaco, como também a alertar amigos e familiares fumadores para não fumarem em casa e mesmo incentivá-los a deixarem de fumar. Assumir um compromisso com um plano de ação é apontado no MPSNP como um importante meio para alcançar o comportamento de promoção da saúde desejado (Pender et al, 2014), e neste sentido foi então desenvolvida esta atividade.



### **Atividade nº 6: “Exposição sobre o tabagismo” para a comunidade escolar.**

Esta atividade teve como objetivos aumentar os conhecimentos relativos ao tabagismo de toda a comunidade escolar assim como promover a reflexão sobre a temática pela comunidade escolar.

Os trabalhos expostos foram desenvolvidos pelos alunos ao longo do projeto, em parceria com o professor de educação física, pela professora de educação visual e professora de TIC (tecnologias de informação e comunicação), com recurso a materiais fornecidos pela escola. A participação ativa dos alunos nesta atividade contribuiu também para consolidar conhecimentos, bem como na formação de opinião sobre a problemática. Foram desenvolvidos trabalhos manuais e um dos grupos optou por elaborar um folheto informativo sobre o tabagismo, que para além de exposto com os outros trabalhos, foi fotocopiado e distribuído pelos restantes alunos do 2º ciclo e também enviado para os pais. A exposição decorreu no átrio da escola, com início a 24-01-2017.

### **3.5. Avaliação**

A avaliação constitui a última etapa do processo de planeamento em saúde, onde se estabelece uma relação obrigatória à etapa inicial, do diagnóstico de situação. Assim, os resultados alcançados com as atividades são necessariamente comparados tanto com a situação inicial, como com os objetivos e indicadores pré-definidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

As atividades planeadas foram todas realizadas, cumprindo o cronograma de Gantt elaborado. Os indicadores de atividade pré-definidos, que permitem auferir quanto à satisfação dos participantes com as sessões, assim como a taxa de adesão às mesmas, foram avaliados através do questionário de satisfação (apêndice XXIII – alunos e apêndice XXIV – pais/EE) e preenchimento da folha de presenças, em todas as sessões.

Os resultados da avaliação dos indicadores de atividade são apresentados no apêndice XXV. Relativamente à participação na atividade nº 1, destinada aos pais, a mesma foi de 82.4%, esta atividade foi desenvolvida após a reunião de pais, de início do ano letivo, a este facto se deve uma adesão tão elevada, o que permite constatar



que esta foi uma boa estratégia. Quanto à satisfação, cerca de 86% dos pais/EE demonstra-se satisfeito ou muito satisfeito com a sessão.

Nas restantes atividades, destinadas aos alunos, a taxa de participação foi de 100%, exceto na atividade 3, onde um aluno faltou por motivo de doença. Os alunos avaliaram positivamente as sessões, referindo concordo/concordo totalmente nos itens relativos a: compreendi o que foi dito; os assuntos falados são importantes; aprendi coisas novas. Todos os alunos avaliaram com satisfação a totalidade das sessões. Estes dados permitem verificar que os conteúdos e metodologias utilizadas eram adequados à população-alvo, e ajustados ao seu nível cognitivo de aprendizagem.

A tabela seguinte resume a avaliação dos indicadores de atividade.

**Tabela 4:** Avaliação dos indicadores de atividade

<b>Indicador</b>	<b>Total</b>
Taxa de sessões realizadas	100%
Taxa de alunos presentes em cada sessão	99%
Taxa de pais/EE presentes em cada sessão (sendo considerado 1 representante por cada aluno)	82%
Taxa de alunos que avaliam com satisfação cada sessão	100%
Taxa de pais/EE que avaliam com satisfação cada sessão	86%

Uma das principais finalidades das medidas de avaliação prende-se com a predição de como os indivíduos se irão comportar no futuro, quando questionados, os indivíduos tendem a responder de modo socialmente aceite. Neste sentido o modo mais eficaz para avaliar mudanças de comportamentos é através da medição direta, observando o comportamento real (Redman, 2003). Para além disto, Imperatori & Giraldes (1993) referem ainda que os indicadores de resultado só são suscetíveis de avaliação a médio prazo, e consequentemente o limite de tempo disponível para a implementação deste projeto não permitiu avaliar desta forma mudanças de comportamento.

Os indicadores de resultados avaliados referem-se sobretudo à aprendizagem adquirida a nível do domínio cognitivo, e ainda a nível do domínio afetivo foi avaliada a intenção de fumar e capacidade de recusa. Para tal recorreu-se à avaliação escrita.

Perante a inexistência de um instrumento de avaliação adequado o formador pode elaborar um questionário (Redman, 2003), neste sentido foi elaborado o questionário de avaliação final (apêndice XXVI), aplicado aos alunos na última sessão de EpS realizada.

Os resultados dos indicadores de resultado avaliados por meio do questionário são apresentados no apêndice XXVII, a tabela 4 relaciona essa avaliação com os respetivos objetivos operacionais e diagnósticos de enfermagem. A mesma permite verificar que, finda a operacionalização do projeto, aproximadamente 93% dos alunos, demonstra ter adquirido conhecimentos sobre o tabagismo e 94% dos mesmos demonstra conhecimentos sobre o FAT. Relativamente à autoeficácia na recusa de tabaco, resistência à pressão dos pares e intenção de fumar, verifica-se que aproximadamente 77% dos alunos afirma a sua posição relativamente a não fumar no futuro, respondendo corretamente à questão que avalia este item.

**Tabela 5:** Indicadores de resultado avaliados, por objetivo operacional e diagnóstico de enfermagem

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Objetivo operacional</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<b>Déficé de conhecimento sobre o tabagismo</b>	Que pelo menos 70% da população-alvo, demonstre conhecimentos acerca do tabagismo	92.9%
<b>Baixa autoeficácia na recusa de tabaco</b>	Que pelo menos 70% da população-alvo demonstre autoeficácia nas questões acerca da recusa de tabaco, resistência à pressão dos pares e intenção de fumar	76.5%
<b>Risco para a saúde do adolescente</b>	Que pelo menos 70% dos alunos demonstre conhecimentos acerca do FAT	94.1%
	Que pelo menos 60% dos alunos viva em domicílios livres do FAT	—

Apesar da impossibilidade de avaliar, como referido anteriormente, a alteração do comportamento de fumar no interior de casa, a questão 9 do questionário de avaliação final, refere-se às estratégias que os alunos teriam implementado no sentido de motivar os pais/familiares/visitas a não fumar no interior das suas casas. Neste

sentido, aproximadamente 70% assume que o fizeram utilizando estratégias como: alertando-os para os malefícios para a saúde de ambos; reforçando que se sentem incomodados; pedindo-lhes para fumarem na varanda ou na rua, entre outras. Estas atitudes por parte dos alunos, espera-se serem desencadeadoras de mudanças comportamentais nos pais, levando à satisfação do objetivo operacional de que pelo menos 60% dos alunos viva em domicílios sem FAT.

Desta forma, é possível verificar através dos indicadores de resultado avaliados, que os objetivos operacionais foram atingidos com sucesso, o que contribuiu para concretizar a finalidade deste projeto, de prevenir o consumo de tabaco em adolescentes.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tem agora lugar uma abordagem acerca das considerações finais sobre todo o trabalho desenvolvido e que implicações o mesmo trouxe ou veio desenvolver na prática de enfermagem. Para além da reflexão sobre as dificuldades sentidas e principais limitações do projeto, a mesma ocorre acerca das competências adquiridas que contribuem para uma atuação plena do EEECSF na melhoria do estado de saúde das populações.

O presente projeto de intervenção comunitária incidiu sobre a prevenção do tabagismo na adolescência, tendo a intervenção decorrido em meio escolar. O mesmo revelou-se favorável à adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente na prevenção de comportamentos de risco para a saúde, como é o comportamento de fumar. Os adolescentes, alvo desta intervenção comunitária adquiriram conhecimentos relativos ao tabagismo e ao FAT, indispensáveis para a prevenção do comportamento de fumar, assim como treinaram competências de recusa de tabaco, tendo afirmado a sua posição de não fumar assumindo um compromisso com a sua saúde. O nível de adesão e satisfação verificado, assim como o interesse demonstrado pelas temáticas abordadas nas sessões revelou-se igualmente positivo e favorável à adoção de escolhas saudáveis e promotoras da saúde.

Dado não existir um projeto organizado no âmbito da prevenção do tabagismo em meio escolar, na UCC onde o mesmo decorreu, houve interesse demonstrado por parte da coordenadora da equipa de saúde escolar em manter a sua operacionalização nesta e também nas outras escolas, o que também se revela um importante aspeto positivo.

### **4.1. Reflexão sobre as competências desenvolvidas**

O EEECSF participa na consecução dos objetivos do PNS ao integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário, assim como contribui para a capacitação de grupos e comunidades. Avalia ainda o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde, para além de cooperar e realizar vigilância epidemiológica das populações (OE, 2010). Desta forma, todo o percurso até aqui decorrido, no âmbito do curso de mestrado e especialização

em enfermagem comunitária e de saúde pública, permitiu a aquisição destas competências.

O projeto integrou o programa de saúde escolar, em execução pela equipa de saúde escolar daquela UCC, com vista a cooperar na concretização dos objetivos do PNS, bem como do PNSE e ainda, dada a especificidade da temática, contribuir para a concretização do PNPCT. Sendo um projeto de carácter preventivo, com vista a capacitar os adolescentes para não fumarem, resistindo à pressão dos pares e vincando a sua posição em relação a esse comportamento, a sua operacionalização e atingir com sucesso os objetivos, constatado através dos indicadores de resultado avaliados, contribuiu para a aquisição destas competências de EEECS.

Dado serem complexos os problemas de saúde de uma comunidade, o EEECS realiza o planeamento em saúde, seguindo as diferentes etapas (OE, 2010). O presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido com base nas etapas da metodologia do planeamento em saúde, a avaliação da população-alvo, através do questionário aplicado e subsequente análise e interpretação dos dados permitiu delinear uma intervenção ajustada às reais necessidades daquele grupo da comunidade. Tendo esta etapa do diagnóstico de situação contribuído igualmente para a vigilância epidemiológica da população.

Para além do diagnóstico de situação, as restantes etapas do planeamento em saúde permitiram igualmente o desenvolvimento de competências de EEECS. Definir prioridades a partir dos problemas identificados, usando critérios específicos, formular objetivos e indicadores com vista à resolução dos problemas, seleccionar a melhor estratégia de atuação possível no desenvolvimento de um projeto de intervenção exequível, atendendo aos recursos disponíveis, e por fim a avaliação dos resultados, foram etapas percorridas que seguramente permitiram perceber a sua importância para o sucesso dos projetos de intervenção comunitária, para além do desenvolvimento de capacidades na utilização desta metodologia.

Para além do enquadramento teórico, no decurso de todas as etapas do planeamento em saúde, houve recurso a fontes científicas de conhecimento, de forma a fundamentar e garantir as decisões mais eficazes para a resolução dos problemas, o que potenciou aumento dos conhecimentos, reconhecimento da importância da atuação com base na evidência científica e ainda o desenvolvimento de competências de pesquisa em fontes e bases de dados científicas. Tendo contribuído

particularmente para isto a scoping review realizada aquando do enquadramento teórico.

Face ao exposto, considero ter evoluído para o nível de enfermeira competente, no que se refere ao modelo de aquisição de competências (Benner, 2001). Numa análise retrospectiva, no início do curso de mestrado e pós-licenciatura de especialização em enfermagem comunitária que agora culmina, considerei encontrar-me ao nível de iniciado avançado, atendendo à minha experiência profissional, que apesar de unicamente hospitalar, me permitia reconhecer fatores significativos das situações inerentes a experiências anteriores semelhantes, característico deste nível (Benner, 2001).

Todo este percurso considero ter contribuído para a aquisição de competências características do nível de enfermeira competente, como ser capaz de ganhar eficiência e organização determinando de forma deliberada planos de atuação, assim como estar consciente dos planos a longo prazo, e nessa perspetiva ser capaz de decidir que aspetos do presente podem ser ignorados e quais são relevantes (Benner, 2001). No entanto, o tempo decorrido com o desenvolvimento deste projeto não conferir, ainda assim, a experiência necessária que me permita a rapidez e flexibilidade na análise global das situações e facilidade na tomada de decisão, característicos da enfermeira proficiente (Benner, 2001), pelo que alcançar este nível de competência será seguramente um dos frutos desta formação.

#### **4.2. Limitações do projeto**

No decorrer deste projeto algumas dificuldades foram sentidas, nomeadamente no agendamento e execução das atividades planeadas. A articulação com a professora coordenadora não foi sempre possível, para contornar esta limitação acabou por se optar por agendar as sessões diretamente com os professores. Devido a alterações no calendário letivo dos alunos, com surgimento de outra atividade não planeada, uma das sessões teve de ser encurtada, sem aviso prévio, estando planeada para 90 min, teve que decorrer em 60, o que limitou a execução das atividades propostas, bem como o empenho e dedicação dos alunos. Nesta situação optou-se por propor a realização de uma das atividades planeadas como trabalho de casa, tendo sido dada continuidade à temática na sessão seguinte.

Estas são, no entanto, dificuldades também sentidas e relatadas pelas enfermeiras da equipa de saúde escolar, relativamente às outras escolas, o facto de terem ocorrido só permitiu constatar a realidade e desenvolver estratégias de adaptação e meios de contornar as adversidades.

É reconhecido que, para garantir o sucesso dos programas de prevenção do consumo de tabaco em meio escolar, estes devem ser aplicados antes do consumo regular, e devem ter continuidade com sessões de reforço nos anos letivos seguintes (Precioso & Macedo, 2004; Murnaghan et al, 2007; CDC, 2008; Precioso, 2008), dado o limite de tempo disponível para este projeto, não se torna possível garantir esta continuidade, pelo que esta é certamente a sua principal limitação.

Para além disto, também associado ao limite temporal, está a limitação relativa à avaliação em termos de ganhos em saúde conseguidos, traduzidos em mudanças de comportamento dos adolescentes e também dos pais/EE, nomeadamente em relação ao comportamento de fumar no interior de casa. A avaliação do impacto do projeto no comportamento futuro destes adolescentes, de não fumar, apenas seria possível a médio prazo, apontando Imperatori & Giraldes (1993), um prazo de 5-6 anos para esta decorrer.

#### **4.3. Conclusões**

Atualmente, novas necessidades em saúde resultantes do envelhecimento populacional ou de alterações estruturais dos grupos sociais e famílias, carecem de respostas personalizadas e em proximidade que impõem novos desafios à capacidade de intervenção dos profissionais da saúde. Estes novos desafios determinam que se privilegie a qualidade, incorporando na prática de cuidados os resultados da investigação num investimento contínuo pela formação, por forma a desenvolver competências e melhorar práticas que garantam melhores resultados em saúde (OE, 2011). A elaboração e implementação deste projeto, bem como a redação do presente relatório, contribuíram para mudanças de natureza profissional e pessoal, o esforço na procura da melhor evidência disponível contribuíram para aumentar conhecimentos, bem como para reconhecer a importância da prática baseada na evidência de forma a garantir melhores cuidados e mais ganhos em saúde.

O EEECS, ao reconhecer a importância da complementaridade dos diferentes grupos profissionais, atua em parceria de forma sistêmica e sistemática com vista a atingir o máximo potencial de saúde das comunidades, por meio de programas de intervenção focados na capacitação e empowerment (OE, 2011). No decorrer desta intervenção comunitária, focada na capacitação daquele grupo da comunidade, foram estabelecidas parcerias, sem as quais a mesma não seria exequível, o que levou a sedimentar os pressupostos atrás descritos. Para além disto, a equipa de saúde escolar demonstrou interesse em dar continuidade ao trabalho, visando tornar este, um alicerce ao desenvolvimento de um projeto que possa abranger as restantes escolas pertencentes à UCC, o que contribuirá para uma atuação sistêmica e sistemática da equipa.

Reconheço agora o relevo do lugar da enfermagem nos cuidados de saúde primários, são estes profissionais que estabelecem a ligação entre os indivíduos, famílias, comunidades e os sistemas de saúde, prevenindo a doença ou a promover, melhorar e restabelecer a saúde, em todas as fases do ciclo vital (ICN, 2008). Todas as competências desenvolvidas, anteriormente referidas, me possibilitarão agir no sentido de uma prática de maior qualidade e autonomia, com domínio na gestão dos cuidados e garantia pela responsabilidade profissional e ética, de forma a promover o reconhecimento da profissão de enfermagem e em particular do EEECS, assim como o reconhecimento dos cuidados de saúde primários como cruciais para assegurar melhorias sustentáveis na saúde (ICN, 2008).

O desenvolvimento e implementação deste projeto, assim como a redação do presente relatório, ao contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis em adolescentes, nomeadamente na prevenção do tabagismo, culminou com a aquisição de competências de EEECS, permitindo alcançar os objetivos da unidade curricular: estágio de intervenção comunitária com relatório. Seguindo a metodologia do planeamento em saúde, sob a referência do MPSNP e adotando a EpS como principal estratégia, foi possível aumentar os conhecimentos relativos ao tabagismo e FAT naquele grupo de adolescentes, assim como potenciar a formação de opinião relativa ao comportamento de fumar, para além de também sensibilizar os pais para a problemática, promovendo em vários momentos a sua participação.

Atualmente o consumo de tabaco é reconhecido como a principal causa de morte prematura evitável, com elevados gastos em saúde associados, que coloca em



risco não apenas os fumadores, mas também quem os rodeia, sendo as crianças um dos principais grupos suscetíveis. Sabe-se que a permanência do hábito de fumar dura anos, senão toda a vida, dada a dependência que este provoca, o que permite reconhecer o quão crucial é a prevenção do início do consumo para travar a evolução desta problemática. O EEECS, dado o seu lugar privilegiado junto da comunidade, e dotado das competências que lhe estão associadas, tem assim a oportunidade de atuar ao nível da prevenção primária, promovendo a capacitação dos grupos mais vulneráveis, nomeadamente os adolescentes, nos processos relacionados com a sua saúde, evitando desta forma o início do consumo e encurtando caminho para a resolução deste enorme problema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. N. S. & Caiffa, W. T. (2011). Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. *Revista Panam Salud Publica*, 30 (1), 22-30.
- Ambrozano, R. M. (2009). Educação e saúde: um trabalho em parceria. *Revista Ambienteeducação*, 1 (2), 113-119.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boston, T., Eicher, R., Ellison-Brown, E., Spring, D., Venegas, M., Kern, N. & Lyons, A. (2013). Youth Smoking Prevention: Promotion of Evidence-Based Practice Ideas for Primary Care Providers in Kentucky. *Kentucky Nurse*, 5-7 (Medline with full text).
- California Environmental Protection Agency (2005). Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Acedido em 12-10-2017. Disponível em: [https://www.arb.ca.gov/toxics/id/summary/etspt\\_a.pdf](https://www.arb.ca.gov/toxics/id/summary/etspt_a.pdf)
- Caldwell, L.L., Bradley, S. & Coffman, D. (2009). A person-centered approach to individualizing a school-based universal intervention. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 35, 214-219. DOI: 10.1080/00952990903005932 (Cinahl plus with full text).
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N. ... Moore, L. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet*, 371, 1595-1602 (Medline with full text).
- Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Canadá.

Carvalho, A.A.S. & Carvalho, G.S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Centers of Disease Control and Prevention (2008). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use. Acedido a 22-04-2016. Disponível em: [www.cdc.gov/HealthyYouth/Tobacco](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/Tobacco)

Costa, M. M. G. T. (2008). A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes: a problemática dos comportamentos de risco. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Acedido em 19-10-2016. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7232/2/Dissertao%20ultima%20verso%201205.pdf>

Declaração de Vilnius: melhores escolas, escolas mais saudáveis (2009). *Terceira Conferência Europeia de Escolas Promotoras da Saúde*. Lituânia. Acedido em 07-07-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2006). *Avaliação Do Programa De Saúde Escolar Ano Letivo 2004/05*. Ministério da Saúde, Divisão de Saúde Escolar. Acedido a 19-01-2016. Disponível em <http://www.dgsaude.pt>

Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Acedido em 29 -03- 2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt>

Direcção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde-Escolar. Lisboa: Direcção-Geral da saúde. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: <http://nocs.pt/programa-nacional-saude-escolar/>

Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Acedido a 20-12-2016. Disponível em:

[http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS\\_Programa\\_Nacional\\_Intervenc\\_ao\\_Integrada\\_Determinantes\\_Saude\\_Relacionados\\_Estilos\\_Vida\\_2003.pdf](http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervenc_ao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf)

Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, F. I. & Drope, J. (2015). *The Tobacco Atlas* (5ª ed.). Georgia: American Cancer Society. Acedido a 09-07-2016. Disponível em:

[http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/The\\_Tobacco\\_Atlas.pdf](http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/The_Tobacco_Atlas.pdf)

European Commission (2015). *Attitudes of Europeans Towards Tobacco and Electronic Cigarettes: Report Special Eurobarometer 429*. European Commission.

Feijão, F. (2016). Estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências – ECATD-CAD 2015. SICAD – Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências. Acedido a 23-9-2016. Disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/Documents/2016/SICAD\\_ECATD\\_15\\_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf)

Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2011). *Estudo sobre consumo de álcool, tabaco e drogas: ECATD 2011*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Ferreira, M. & Torgal, M. (2010). Consumo de tabaco e álcool na adolescência. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18 (2), 122-129.

Giron, M.P.N., Souza, D.P. & Fulco, A.P.L. (2010). Prevenção do tabagismo na adolescência: um desafio para a enfermagem. *Revista Mineira Enfermagem*, 14(4), 585-594.

Gomes, J. P. (2009). As escolas promotoras da saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32 (1), 84-91.

- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2012). *Resumo Relatório ESPAD 2011 – Consumo de substâncias entre os alunos em 36 países europeus*. Luxemburgo: Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ªed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística Dr. Ricardo Jorge (2015). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Instituto Nacional de Estatística.
- ICN (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade, os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Genebra: Internacional Council of Nurses.
- Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. Joanna Briggs Institute. Acedido a 03-07-16. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)
- Keller, L.O., Strohschein, S. & Briske, L. (2011). Prática de enfermagem de saúde pública centrada na população: a roda de intervenção. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*, 7ª ed, (196-223). Loures: Lusodidacta.
- Lancaster, J., Onega, L. & Forness, D. (1999). Teorias, modelos e princípios educacionais aplicados á enfermagem comunitária. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária*, 4ª ed, (265-284). Lisboa: Lusociência.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Acção*. Coimbra: Edições Almedina.
- Matos, G. M., Simões, C., Camacho, I. & Reis, M. (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório de estudo HBSC 2014*. Lisboa: Aventura Social & Saúde.

- McKelvey, K., Attonito, J., Madhivanan, P., Yi, Q., Mzayek, F. & Maziak, W. (2014). Determinants of Cigarette Smoking Initiation in Jordanian Schoolchildren: Longitudinal Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 2015, 552-558. Doi:10.1093/ntr/ntu165 (Medline with full text).
- Murnaghan, D. A., Sihvonen, M., Leatherdale, S. T. & Kekki, P. (2007). The relationship between school-based smoking policies and prevention programs on smoking behavior among grade 12 students in Prince Edward Island: A multilevel analysis. *Preventive Medicine*, 44, 317-322 (Medline with full text).
- Nunes, A.R.A.R. (2004). Os jovens e os fatores associados ao consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 22 (2), 57-67.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde/ Instituto Politécnico de Setúbal.
- Nunes, E. (2013). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016*. Direção-Geral da Saúde. Acedido a 20-03-2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt>.
- Onega, L.L. & Devers, E. (2011). Educação para a saúde e processo de grupo. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Publica*, 7ª ed, (302-330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2015*, Genebra: Internacional Council of Nurses.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde publica*. Acedido a 13-4-2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 01-05-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido a 15-02-2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6ª ed.). Harlow: Pearson.

Precioso, J, Araújo, A. C., Machado, J., Samorinha, C., Becoña, E., Ravara, S. ... Antunes, H. (2012). Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco, em casa e no carro. *Millenium*, 42, 7-25.

Precioso, J. (2008). Fatores de risco relacionados com as várias fases da “carreira” de fumador: implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 2, 177-192.

Precioso, J. & Macedo, M. (2004). Bases Científicas para a Prevenção do Consumo de Tabaco na escola. *O Professor*, 84, 13-21.

Precioso, J., Macedo, M. & Rebelo, L. (2007). Relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos: implicações para a prevenção. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, 259-266.

Redman, B. (2003). *A prática de educação para a saúde*. (9ª ed), Loures: Lusociência.

Saewyc, E.M. (2014). Promoção da saúde do adolescente e da família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolêscente* (784-823). Loures: Lusociência.

- Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In Tomey, A.M. & Alligood, M.R. *Teorias de Enfermagem e Sua Obra*. (699-709). Loures: Lusociência.
- Simões, C, Matos, M.G., Tomé, G., Ferreira, M., Dinis, J. & Equipa do projeto aventura social. (2009). *Ultrapassar adversidades e vencer desafios: manual de promoção da resiliência na adolescência*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Sousa, A., Pinto, A., Sampaio, D., Nunes, E., Baptista, M.I.M. & Marques, P. (2007). *Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar*. Direção Geral da Saúde, Instituto da Drogas e da Toxicodependência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- The GTSS Collaborative Group (2006). *A cross country comparison of exposure to secondhand smoke among young*. Tobacco Control. 15(2): ii4–ii19. DOI: 10.1136/tc.2006.015685.
- Vitória, P. D., Raposo, C. S. & Peixoto, F. A. (2007). *Querer é poder I: programa de prevenção do tabagismo para o 3º ciclo do ensino básico* (2ª ed). Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- Vitória, P. D., Raposo, C. S. & Peixoto, F. A. (2007). *Querer é poder II: programa de prevenção do tabagismo para o 3º ciclo do ensino básico* (2ª ed). Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- World Health Organization. (2012). *WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco*. Geneva: World Health Organization.



## **ANEXOS E APÊNDICES**

## **ANEXO I**

Diagrama adaptado do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

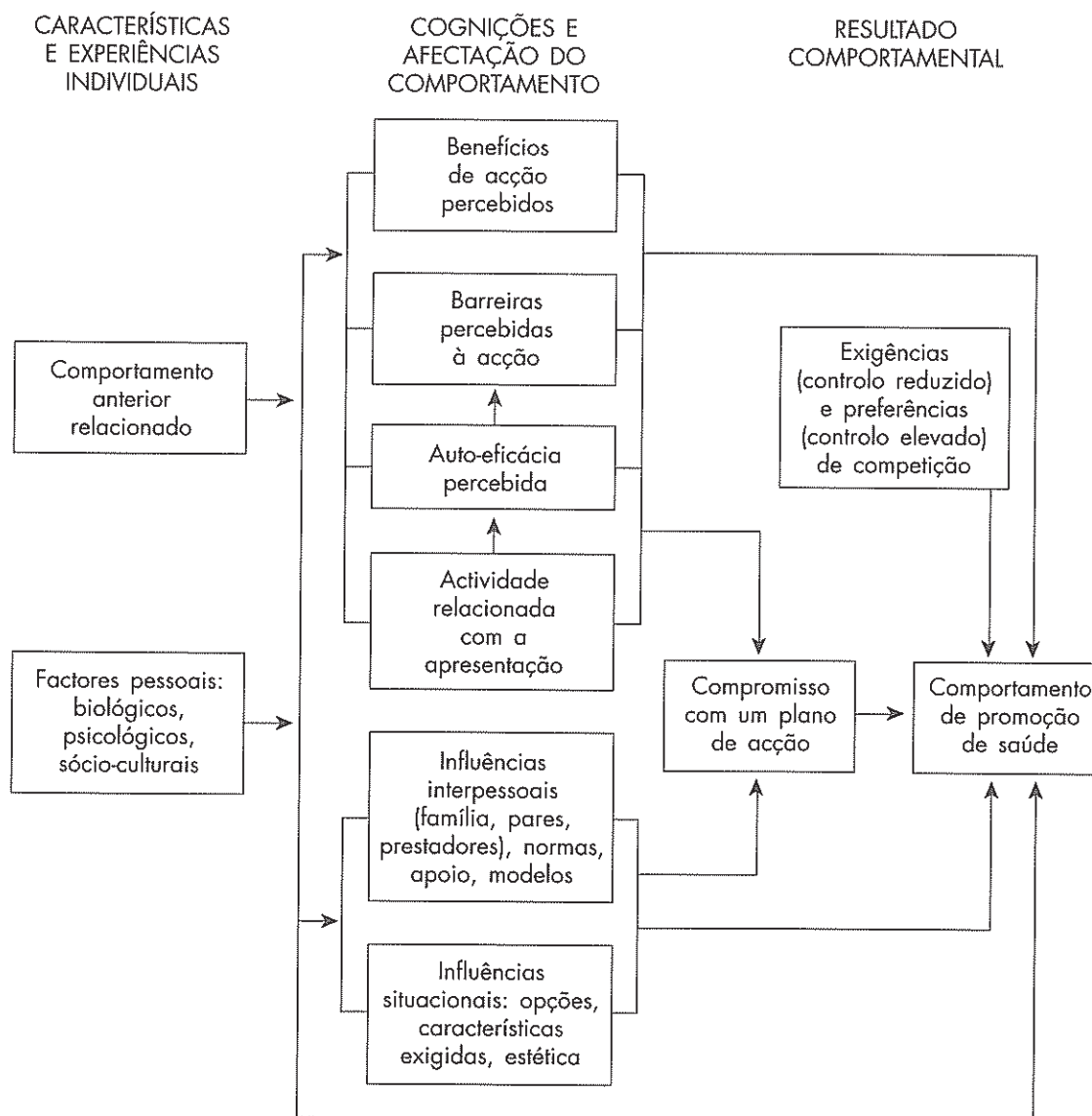


Diagrama adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (revisto 1996)

Fonte: Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In Tomey, A.M. & Alligood, M.R. *Teorias de Enfermagem e Sua Obra*. (699-709). Loures: Lusociência

## **ANEXO II**

Questionário: “Construção e avaliação longitudinal de um programa de avaliação baseado nas diferenças de género”



Universidade do Minho  
Instituto de Educação



## Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género.

**Em primeiro lugar queremos agradecer-te por responderes a este questionário!**

Com o seu preenchimento pretendemos obter dados para estudar o consumo de álcool e tabaco em adolescentes portugueses.

Assinala com uma cruz o quadrado correspondente à resposta que está mais de acordo com a tua opinião ou escreve a tua resposta na linha que surge a seguir à pergunta. As questões em que podes escolher mais do que uma resposta estão assinaladas à frente da pergunta.

Se te enganares risca completamente o quadrado "errado" e assinala o quadrado que escolheste com uma cruz.

**Este questionário é anónimo, as tuas respostas não serão vistas pelos teus pais nem pelos teus professores.**

É muito importante que respondas a todas as perguntas! Lembra-te que isto não é um teste.

A resposta certa é a que corresponde à tua opinião.

**Responde às seguintes perguntas sobre ti:**

Qual é a tua idade? \_\_\_\_\_ anos

Ano de Escolaridade \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_

És um rapaz ou uma rapariga? Rapaz ☐<sup>1</sup> Rapariga ☐<sup>2</sup>

Em que freguesia moras? \_\_\_\_\_

Quais das seguintes pessoas vivem na tua casa? Se os teus pais viverem em casas diferentes, pensa na casa onde vives na maior parte do tempo. (Podes escolher mais do que uma resposta)

- a) Pai ..... ☐<sup>1</sup>
- b) Padrasto ou companheiro da tua mãe ..... ☐<sup>2</sup>
- c) Mãe ..... ☐<sup>3</sup>
- d) Madrasta ou companheira do teu pai ..... ☐<sup>4</sup>
- e) Irmão/s ..... ☐<sup>5</sup>
- f) Irmã/s ..... ☐<sup>6</sup>
- g) Avós ..... ☐<sup>7</sup>
- h) Outras pessoa ..... ☐<sup>8</sup> Quem? \_\_\_\_\_



Qual o grau de escolaridade dos teus pais?

	Nunca estudou	Até ao 4º ano (1º ciclo)	Até ao 6º ano (2º ciclo)	Até ao 9º ano (3º ciclo)	Até ao 12º ano (Ensino Secundário)	Concluiu o Ensino Superior (Universidade)	Não sei
<b>Pai</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
<b>Mãe</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

O que fazem os teus pais no trabalho? (se não souberes escreve "Não sei")

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Parece-te que as pessoas que se listam abaixo gostavam que tu fumasses? (Escolhe apenas uma opção para cada pessoa)

	Sim	Não	Não sei	Não tenho
<b>Pai</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Mãe</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Irmã(o)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Melhor amigo(a)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Namorado(a)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Em 100 jovens da tua idade, quantos achas que fumam pelo menos uma vez por semana?

- a) Nenhum.....☐1
- b) Entre 1 e 25.....☐2
- c) Entre 25 e 50.....☐3
- d) Entre 50 e 75.....☐4
- e) Entre 75 e 100.....☐5
- f) 100 (todos).....☐6

Alguma das seguintes pessoas já falou contigo sobre as desvantagens de fumar?

	Falou várias vezes	Falou algumas vezes	Nunca falou	Não tenho
<b>Pai</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Mãe</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Irmã(o)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Melhor amigo(a)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Professor(es)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

No últimos 30 dias, com que frequência cada uma das seguintes pessoas te ofereceu cigarros?

	Várias vezes	Uma ou outra vez	Nunca	Não tenho
Pai	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mãe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Irmã(o)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Melhor amigo(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Amigos(as)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outras pessoas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

As seguintes pessoas fumam? (Escolhe apenas uma opção para cada pessoa)

	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mãe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Irmão(s) /Irmã(s)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Namorado(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives? (Escolhe apenas uma opção para cada pessoa)

	Não	Sim, por vezes	Sim, todos os dias	Não se aplica ao meu caso
Próprio/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A tua mãe (ou mulher responsável por ti)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
O teu pai (ou homem responsável por ti)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Irmão(s)/Irmã(s)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outra pessoa com quem vives: (Indica quem) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outra pessoa que vá à tua casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Dos teus melhores amigos, rapazes, quantos fumam?

- a) Nenhum.....☐ 1
- b) Um a três.....☐ 2
- c) Mais do que três.....☐ 3
- d) Não sei.....☐ 4
- e) Não tenho.....☐ 5



Das tuas melhores amigas, raparigas, quantas fumam?

- a) Nenhuma..... ☐1
- b) Um a três..... ☐2
- c) Mais do que três..... ☐3
- d) Não sei..... ☐4
- e) Não tenho..... ☐5

Já experimentaste fumar tabaco (mesmo que tenha sido apenas "uma passa/um bufo")?

- a) Sim..... ☐1
- b) Não..... ☐2

Atualmente fumas?

- a) Todos os dias..... ☐1 Quantos cigarros fumas por dia? \_\_\_\_\_
- b) Pelo menos um cigarro por semana, mas não todos os dias... ☐2 Quantos cigarros fumas por semana? \_\_\_\_\_
- c) Menos de um cigarro por semana..... ☐3
- d) Já fumei mas deixei de fumar..... ☐4
- e) Não fumo..... ☐5

Com que frequência fumaste tabaco nos últimos 30 dias?

- a) Nenhuma..... ☐1
- b) Menos de um cigarro por semana..... ☐2
- c) Menos de 1 cigarro por dia..... ☐3
- d) Entre 1 a 5 cigarros por dia..... ☐4
- e) Entre 6 a 10 cigarros por dia..... ☐5
- f) Entre 11 a 20 cigarros por dia..... ☐6
- g) Mais de 20 cigarros por dia..... ☐7

Em média, com que frequência fumas ao fim-de-semana?

- a) Não fumo..... ☐1
- b) Menos de 1 cigarro por dia..... ☐2
- c) Entre 1 a 5 cigarros por dia..... ☐3
- d) Entre 6 a 10 cigarros por dia..... ☐4
- e) Entre 11 a 20 cigarros por dia..... ☐5
- f) Mais de 20 cigarros por dia..... ☐6

Já tentaste deixar de fumar?

- a) Tentei deixar de fumar mas não consegui..... ☐1
- b) Não tentei, mas gostava de experimentar deixar de fumar..... ☐2
- c) Não tentei, porque não sei se estou interessado/a em deixar de fumar..... ☐3
- d) Não estou nada interessado/a em deixar de fumar..... ☐4
- e) Não se aplica ao meu caso..... ☐5



Gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador?

- a) Tenho a certeza que fumarei..... ☐ 1  
b) Provavelmente fumarei ..... ☐ 2  
c) Não sei se fumarei..... ☐ 3  
d) Provavelmente não fumarei ..... ☐ 4  
e) Tenho a certeza que não fumarei..... ☐ 5

Reprovaste algum ano?

Não ☐ Sim ☐ Se sim, quantos anos? \_\_\_\_\_

Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?

- a) Gosto muito ..... ☐ 1  
b) Gosto..... ☐ 2  
c) Não gosto nem desgosto..... ☐ 3  
d) Não gosto..... ☐ 4  
e) Detesto..... ☐ 5

Com que frequência te envolveste em brigas/lutas com colegas na escola, no último período?

- a) Nunca ..... ☐ 1  
b) Uma ou duas vezes..... ☐ 2  
c) Uma vez por semana ..... ☐ 3  
d) Várias vezes por semana ..... ☐ 4

Estás atualmente a fazer dieta para perder peso?

- a) Não, o peso está bom ..... ☐ 1  
b) Não, mas deveria perder peso ..... ☐ 2  
c) Não, porque preciso ganhar peso ..... ☐ 3  
d) Sim..... ☐ 4

Achas que o teu corpo é...

- a) Magro demais..... ☐ 1  
b) Um pouco mais magro do que deveria..... ☐ 2  
c) Está bem assim..... ☐ 3  
d) Um pouco mais gordo do que deveria..... ☐ 4  
e) Gordo demais..... ☐ 5

Atualmente, com que frequência bebes bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, whisky ou outras...)? Tenta incluir mesmo aquelas vezes em que bebes uma pequena quantidade.

	Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Cerveja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vinho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Licores/whisky	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
"Shots"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Nos últimos 30 dias, quantas vezes já ficaste bêbado/a por teres bebido bebidas com álcool (por exemplo, sentir dificuldade em andar, ter dificuldade em falar, vomitar, não te lembrares do que aconteceu)?

- a) 0 vezes ..... ☐1
- b) 1-2 vezes ..... ☐2
- c) 3-5 vezes ..... ☐3
- d) 6-9 vezes ..... ☐4
- e) 10-19 vezes ..... ☐5
- f) 20 ou mais ..... ☐6

Se um amigo te oferecesse agora um cigarro para fumar, como irias reagir?

- a) Recusava o cigarro ..... ☐1
- b) Aceitava o cigarro ..... ☐2
- c) Não sei ..... ☐3

Os outros conseguem convencer-te a fazer coisas que não te apetece fazer?

- a) Nunca ..... ☐1
- b) Raramente ..... ☐2
- c) Por vezes ..... ☐3
- d) Muitas vezes ..... ☐4
- e) Sempre ..... ☐5

Os outros conseguem convencer-te a fazer coisas de que depois te arrependes?

- a) Nunca ..... ☐1
- b) Raramente ..... ☐2
- c) Por vezes ..... ☐3
- d) Muitas vezes ..... ☐4
- e) Sempre ..... ☐5

Alguma vez fizeste coisas que os teus amigos te pedem só para não os desiludir?

- a) Nunca ..... ☐1
- b) Raramente ..... ☐2
- c) Por vezes ..... ☐3
- d) Muitas vezes ..... ☐4
- e) Sempre ..... ☐5

Os teus pais/cuidadores estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola?

- a) Nunca ..... ☐1
- b) Raramente ..... ☐2
- c) Por vezes ..... ☐3
- d) Muitas vezes ..... ☐4
- e) Sempre ..... ☐5

Os teus pais/cuidadores encorajam-te a fazer bem os teus trabalhos da escola?

- a) Nunca ..... ☐1
- b) Raramente ..... ☐2
- c) Por vezes ..... ☐3
- d) Muitas vezes ..... ☐4
- e) Sempre ..... ☐5

Se os teus pais/familiares te disserem que o tabaco faz mal e que deves fumar, a opinião deles para ti é...

- a) Muito importante..... ☐ 1
- b) Bastante importante..... ☐ 2
- c) Indiferente..... ☐ 3
- d) Pouco importante..... ☐ 4
- e) Nada importante..... ☐ 5

Em média, qual é a quantidade de dinheiro que tens semanalmente para gastares livremente?

- a) Entre 0 a 5€..... ☐ 1
- b) Entre 5,01€ e 10€..... ☐ 2
- c) Entre 10,01€ e 25€..... ☐ 3
- d) Entre 25,01€ e 50€..... ☐ 4
- e) Mais de 50€..... ☐ 5

Obrigado! 😊

## **APÊNDICE I**

Cronograma do estágio de intervenção comunitária



## **APÊNDICE II**

Procedimentos inerentes à Scoping Review

## QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com o intuito de perceber qual o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária, no âmbito da saúde escolar, na promoção de estilos de vida mais saudáveis, e nomeadamente na prevenção do consumo de tabaco, formulei a seguinte questão de investigação: **Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na prevenção do consumo de tabaco em adolescentes, no âmbito da saúde escolar?**

O quadro seguinte (tabela nº 1) esquematiza esta questão, com base nos seus elementos.

Palavras Chave			
<b>P</b>	População	Adolescentes	Adolescent
<b>C</b>	Conceito	Intervenção do enfermeiro especialista	School health Health promotion Nursing Schools
<b>C</b>	Contexto	Prevenção consumo de tabaco	Smoking Prevention Tobacco

**Tabela1:** Critérios para a formulação da questão de investigação.

## ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Através da rede informática da ESEL, recorri à plataforma agregadora de bases de dados EBSCO HOST, e posteriormente selecionei as bases de dados CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text, em abril de 2015. Optou-se por estas bases de dados por serem consideradas bases de referência, no âmbito da saúde, de estudos científicos.

Estabeleci como limitador um período temporal, sendo a pesquisa direcionada para o período de 2000 a 2016.

As palavras-chave utilizadas foram inseridas como termo indexado, mas também, em linguagem natural (termo natural).

A tabela nº2 organiza os resultados da pesquisa efetuada.



Pesquisa	Bases de dados	Termos de pesquisa	Resultado
Pesquisa A	Medline with full text	MH “Adolescent” and “Smoking prevention” OR “Tobacco” and “School health” OR “Nursing schools” and “Health promotion”	27 resultados
Pesquisa B	Cinahl Plus with Full Text	“Adolescent” and “Smoking prevention” OR “Tobacco” and “School health” OR “Nursing school” and “Health promotion”	13 resultados
A + B			40

**Tabela 2:** Resultados das pesquisas nas bases de dados.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ESTUDOS

Para a seleção dos artigos posteriormente analisados, procedi à leitura de todos os títulos e resumos, resultantes da pesquisa. Defini critérios de inclusão para restringir a pesquisa, de forma a dar a melhor resposta possível à questão de investigação. Desta forma foram selecionados para leitura 7 estudos, 6 da pesquisa A e 1 da pesquisa B. Após a leitura integral dos 7 artigos, 2 foram excluídos, tendo sido incluídos na scoping 5 artigos (Figura 1).

### Os critérios de inclusão estão relacionados com:

- **participantes** (população)

Todos os estudos cuja população-alvo eram adolescentes.

- **conceito e contexto** em estudo:

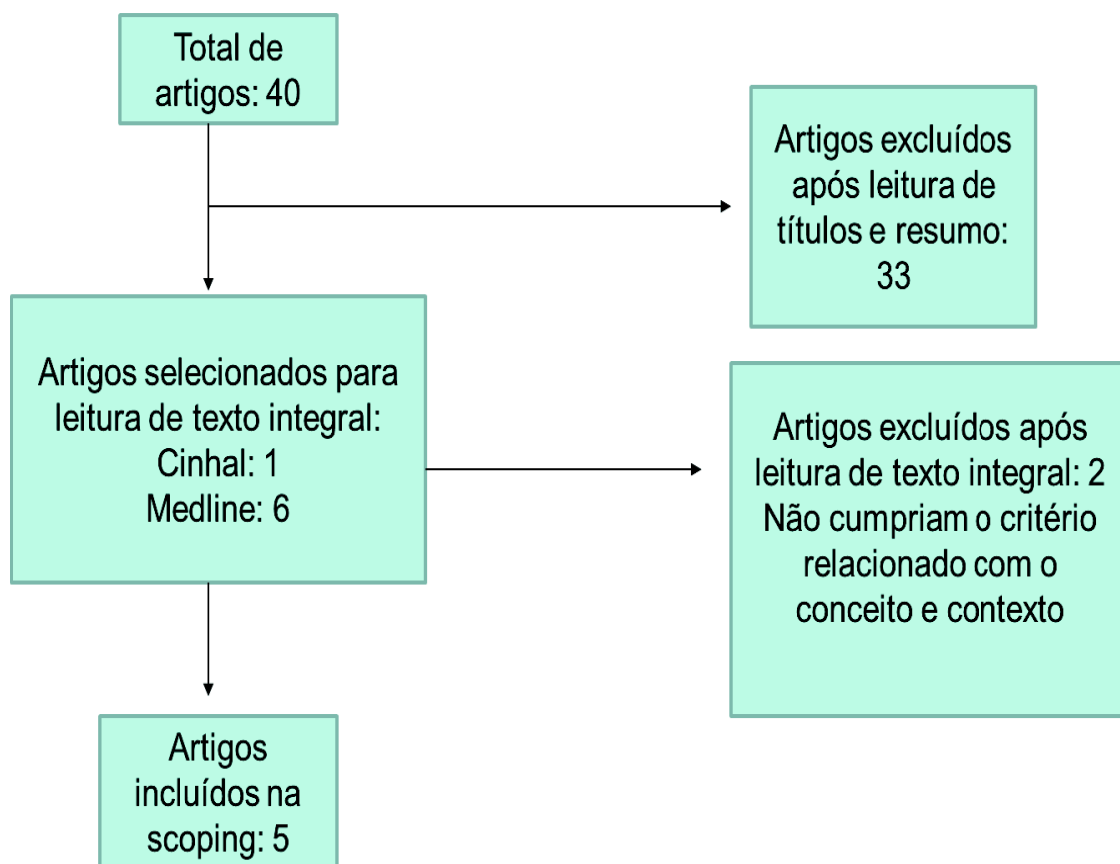
Os estudos que relacionam a prevenção do consumo de tabaco em adolescentes com uma intervenção em meio escolar.

- **desenho do estudo**

Estudos de natureza qualitativa, quantitativa e publicações livres, que sejam baseados em evidência científica.



**Figura 1:** Diagrama do processo de seleção dos artigos



Caracterização dos estudos			
Estudo	População	Intervenção	Principais Resultados
<p><b>A person-centered approach to individualizing a school-based universal intervention</b></p> <p>Caldwell, L.L.; Bradley, S.; Coffman, D. (2009)</p> <p>Estudo longitudinal</p>	<p>659 alunos do 7º ano, de nove escolas rurais da Pensilvânia</p> <p>Grupo de intervenção: 289 alunos</p> <p>Grupo de controle: 370 alunos</p>	<p>Foi implementada uma intervenção de promoção da saúde que se concentra em ajudar os jovens a aprenderem a usar o tempo livre de forma saudável. Este programa (TW) concentra-se em ajudar os jovens a perceberem que o tédio, desinteresse e incapacidade de planejar as suas atividades preferidas aumenta o risco de se envolverem em comportamentos delinquentes ou anti-sociais. Foram explorados perfis de motivação individuais;</p>	<p>Assim é importante ajudar os jovens a compreender a sua própria motivação para que sejam capazes de se envolver em atividades de lazer, evitando o tédio. Os resultados indicam que o programa “TW” influenciou os perfis motivacionais na direção desejada; Os jovens do grupo intervenção mostraram-se mais propensos a estar na classe IM (motivação intrínseca) e menos suscetível de ser da classe de EX / AM (Motivação extrínseca ou sem motivação) do que o grupo controle. Finalmente, em comparação com aqueles que nunca fumaram, aqueles que nunca fumaram tiveram maior probabilidade de pertencer ao grupo IM e menor probabilidade de pertencer ao EX / AM.</p>
<p><b>Determinants of Cigarette Smoking Initiation in Jordanian Schoolchildren: Longitudinal Analysis</b></p> <p>McKelvey, K.; Attonito, J.; Madhivanan, P.; Yi, Q.; Mzayek, F.; Maziak, W. (2014)</p> <p>Estudo de coorte</p>	<p>Entre 2008 a 2011, 1781 do 7º ano, de 19 escolas da Jordânia foram seguidos.</p>	<p>Os dados foram colhidos através de questionários aplicados todos os anos, durante os 4 anos.</p>	<p>Os principais determinantes encontrados para o início do consumo, pelos rapazes, seria já terem a intenção de começar a fumar, baixa auto-eficácia para recusar o cigarro, e a influência pelos pares. Para as raparigas, foi também preditor do início do consumo, ter familiares que também fumavam. Os esforços de prevenção devem contemplar questões culturais, como normas de género relevantes, ajudar a fortalecer a auto-eficácia dos adolescentes de recusar tabaco, e promover normas sociais não-fumadores fortes.</p>

<p><b>An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial</b> Campbell, R.; Starkey, F.; Holliday, J.; Audrey, S.; Bloor, M.; Parry-Langdon, N.; Hughes, R.; Moore, L. (2008). Estudo randomizado</p>	<p>10 730 alunos com idade entre 12-13 anos de 59 escolas de Inglaterra e País de Gales Grupo de intervenção: 5358 alunos de 30 escolas Grupo de controlo: 5372 alunos de 29 escolas</p>	<p>A intervenção decorreu entre setembro de 2001 a fevereiro de 2002, e consistiu na formação de um grupo de estudantes, para agirem como apoiantes de pares, em situações informais fora da sala de aula, incentivando os colegas a não fumar. A avaliação ocorreu imediatamente após a intervenção, 1 ano após e 2 anos após.</p>	<p>Os resultados mostram que a prevalência do consumo de tabaco diminuiu no grupo de intervenção, quando comparado com o grupo de controlo. Há uma redução de 22% da probabilidade de vir a ser fumador, por modelagem, nas escolas de intervenção comparado com as escolas de controlo. O estudo demonstrou que o programa de intervenção por pares foi eficaz na prevenção do consumo regular de tabaco, em adolescentes, nos 2 anos seguintes à sua implementação.</p>
<p><b>The relationship between school-based smoking policies and prevention programs on smoking behavior among grade 12 students in Prince Edward Island: A multilevel analysis</b> Murnaghan, D. A.; Sihvonen, M.; Leatherdale, S. T.; Kekki, P. (2007) Estudo de coorte</p>	<p>Entre 1999 e 2001, 3965 alunos do 12º ano de 10 escolas da Islândia</p>	<p>Os dados foram colhidos através do questionário "SHAPES", todos os anos, durante os 3 anos.</p>	<p>Os programas de prevenção do consumo de tabaco, em meio escolar, estão associados a uma diminuição do risco de ser um fumador ocasional, mas não com o risco de ser um fumador regular. O que permite constatar que as medidas de prevenção primária só serão eficazes caso sejam aplicadas antes do consumo regular. Por outro lado, as políticas de proibição, de fumar na escola, aumentam o risco de ser um fumador ocasional. Os autores associam estes resultados, uma diminuição do risco de ser fumador regular, ao facto do programa de prevenção aplicado ter sido planeado de acordo com as características e necessidades dos adolescentes.</p>

<p><b>Youth Smoking Prevention: Promotion of Evidence-Based Practice Ideas for Primary Care Providers in Kentucky</b></p> <p>Boston, T.; Eicher, R.; Ellison-Brown, E.; Spring, D.; Venegas, M.; Kern, N.; Lyons, A. (2013).</p> <p>Revisão da literatura</p>	<p>Um estudo, na Geórgia, baseado num programa antitabaco, levado a cabo por enfermeiros de saúde escolar, em crianças do 6º ano permitiu chegar a várias conclusões. Primeiro: devido à publicidade negativa sobre o tabaco, as crianças tendem a não relatar o uso de tabaco. Segundo: O uso de tabaco pelos pais fortemente influencia o comportamento das crianças/ adolescentes em fumar. A prevenção deve ajudar o adolescente a compreender os perigos de fumar e ajuda-lo a arranjar estratégias de recusa do tabaco, enquanto enfrenta o julgamento social de seus pares (Tingen, Waller, Smith, Baker, Reyes, Treiber, 2006).</p> <p>Uma meta-análise sobre programas de prevenção do tabagismo, realizado em 1993 por William Bruvold, avaliou 94 estudos de programas de prevenção e permite identificar os mais eficazes:</p> <p>Um dos mais eficazes consistia em manter os adolescentes ocupados em atividades onde o uso de tabaco não era praticado, como projetos na comunidade, formação profissional, programas de tutoria ou atividades recreativas. Estas atividades além de manter os adolescentes ocupados, aumentam a auto-estima.</p> <p>Outro com eficácia envolvia atividades como palestras para discussão de problemas em grupo.</p> <p>Os autores fazem ainda algumas recomendações com base em autoeficácia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•determinação do estatuto de tabagismo dos pais, pois isso coloca a criança em risco elevado;</li> <li>•estar continuamente atentos a programas bem-sucedidos e como os implementar na prática;</li> <li>•estabelecer relações com os jovens para ajuda-los a enfrentar pressões que eles encontrarão;</li> <li>•alertar o adolescente que provavelmente vai ser introduzido ao tabaco por um amigo ou colega;</li> </ul>
---	---

### **APÊNDICE III**

Autorização da Sra. Diretora Executiva do Aces  
para o desenvolvimento do projeto

**Exma Sra. Diretora Executiva do ACES Lisboa** [REDACTED]

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Paula Cristina Duarte Dias, cujo ensino clínico decorre na UCC, [REDACTED], sob orientação da Enfermeira [REDACTED] e do docente António Major, vem por este meio pedir autorização para a realização de um projeto de prevenção do consumo de tabaco em adolescentes, numa escola da área de atuação do Aces Lisboa [REDACTED].

O planeamento e diagnóstico da situação (aplicação de um questionário) ocorrerá de abril a junho de 2016, e posteriormente a sua operacionalização entre setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Envio, em anexo, o questionário a aplicar.

Atenciosamente.

Lisboa, Maio de 2016

(Mestranda - Enf<sup>a</sup> Paula Dias)

**De:** PAULA CRISTINA DUARTE DIAS [<mailto:pauladias@campus.esel.pt>]

**Enviada:** terça-feira, 3 de Maio de 2016 14:17

**Para:** [REDACTED]

**Assunto:** Pedido autorização PROJETO

Boa tarde Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Chefe [REDACTED]

No âmbito do ensino clínico da pós-licenciatura de especialização e mestrado em enfermagem comunitária, envio-lhe em anexo o pedido formal de autorização para desenvolver o meu projeto de intervenção comunitária na área da prevenção do consumo de tabaco em adolescentes.

Peço-lhe o favor de o encaminhe para os respetivos órgãos dirigentes.

Obrigada.

Cumprimentos.

Enf<sup>a</sup> Paula Dias

**De:** [REDACTED] [[\[REDACTED\]@min-saude.pt](mailto:[REDACTED]@min-saude.pt)]

**Enviada:** quarta-feira, 4 de Maio de 2016 14:06

**Para:** [REDACTED] | ACES Lisboa [REDACTED] - Direção Executiva

**Cc:** [REDACTED]

**Assunto:** FW: Pedido autorização PROJETO

Exma. Sra. Diretora Executiva Dra. [REDACTED]

Junto envio um pedido de uma estudante do curso de Pós-licenciatura de especialização e mestrado em enfermagem comunitária e que neste momento está em estágio na UCC – Saúde Escolar e que no âmbito das atividades desenvolvidas nas escolas, pede autorização para desenvolver o projeto de intervenção comunitária na área da prevenção do consumo do tabaco em adolescentes.

A estudante será sempre acompanhada pela enf<sup>a</sup> Paula Carvalho que é a responsável pelo estágio no centro de saúde.

Com os melhores cumprimentos.

[REDACTED]

Enfermeira Chefe

ACES Lisboa [REDACTED] - Centro de Saúde de [REDACTED]

Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa [REDACTED]

[REDACTED] Lisboa | Portugal



**De:** [REDACTED] | ACES Lisboa [REDACTED] - Direção Executiva [[\[REDACTED\]@min-saude.pt](mailto:[REDACTED]@min-saude.pt)]

**Enviada:** quarta-feira, 4 de Maio de 2016 14:20

**Para:** [REDACTED]

**Cc:** [REDACTED]

**Assunto:** RE: Pedido autorização PROJETO

AUTORIZADO

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Diretora Executiva

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE LISBOA [REDACTED]

#### **APÊNDICE IV**

Autorização da Sra. diretora do externato para operacionalização do projeto  
e aplicação do questionário



Exma Sra. Diretora do Externato de ~~Enfermagem Comunitária~~


No âmbito do desenvolvimento do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Paula Cristina Duarte Dias, cujo ensino clínico decorre na UCC, Sete Rios, sob orientação da Enfermeira Paula Carvalho e do docente António Major, vem por este meio pedir autorização para a realização de um projeto de prevenção do consumo de tabaco em adolescentes, com os alunos do 8ºano desta escola.

O projeto tem como finalidade contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis em adolescentes, promovendo escolhas saudáveis e informadas na área da saúde, nomeadamente na prevenção do consumo de tabaco.

O planeamento e diagnóstico da situação (aplicação de um questionário) ocorrerá de abril a junho de 2016, e posteriormente a sua operacionalização entre setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Atenciosamente.

Lisboa, Maio de 2016

  
(Mestranda - Enfª Paula Dias)

  
Autizado  
N.º 100

## **APÊNDICE V**

Consentimento livre e esclarecido para os pais/E.E. dos alunos

**Exmo (a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) do 3º ciclo, 7º ano do Externato de Educação Popular**

Atualmente o consumo de tabaco é considerado o principal causador de doenças e responsável por um elevado número de mortes. O consumo desta substância inicia-se cada vez mais cedo e por isso, mais cedo se instala a dependência e os problemas de saúde que daí resultam. Sendo principalmente na adolescência que se inicia o consumo de tabaco, a escola é um local excelente para o prevenir.

Eu, Paula Cristina Duarte Dias, enfermeira e aluna do mestrado em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio, pedir autorização para que os vossos educandos preencham um questionário, que pretende identificar os conhecimentos e atitudes do adolescente face ao tabaco, a assertividade, autoestima e atitude dos pais face às atividades escolares.

O questionário tem como objetivo identificar as necessidades para posteriormente planear a educação para a saúde.

A participação neste estudo é voluntária e poderá desistir em qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. **Este questionário é anónimo e não implica identificação dos participantes.**

Autorização da direção da escola para aplicação dos questionários.

---

Lisboa, Maio de 2016

-----

Eu, encarregado de educação do aluno \_\_\_\_\_ da turma\_\_\_\_\_, do Externato de ~~Educação Popular~~, tomei conhecimento do projeto de prevenção do tabagismo na adolescência, que implica o preenchimento de um questionário anónimo.

☐ Autorizo o preenchimento do questionário

☐ Não autorizo o preenchimento do questionário

Assinatura do Encarregado de educação

x \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE VI**

Autorização do Sr. Prof. José Precioso para aplicar o questionário



PAULA CRISTINA DUARTE DIAS <pauladias@campus.esel.pt>

---

## Pedido de autorização para usar questionário

---

**PAULA CRISTINA DUARTE DIAS** <pauladias@campus.esel.pt>  
Para: precioso@ie.uminho.pt

15 de abril de 2016 às 15:54

Boa tarde exmo professor José Precioso.

O meu nome é Paula Dias, sou enfermeira e aluna do mestrado em enfermagem comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Irei desenvolver o meu projeto na área da Saúde Escolar, com alunos do 3º ciclo, 13-14 anos, no âmbito da prevenção do consumo de tabaco.

Venho por este meio solicitar autorização para aplicar o questionário "Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género".

Agradeço antecipadamente.  
Cumprimentos.  
Paula Dias

---

**José Precioso** <precioso@ie.uminho.pt>  
Para: PAULA CRISTINA DUARTE DIAS <pauladias@campus.esel.pt>

15 de abril de 2016 às 19:29

Boa tarde Srª Enfermeira Paula Dias.

Pode utilizá-lo.

Bom trabalho.  
Melhores cumprimentos.

José Precioso

**De:** PAULA CRISTINA DUARTE DIAS [mailto:pauladias@campus.esel.pt]

**Enviada:** 15 de abril de 2016 15:54

**Para:** precioso@ie.uminho.pt

**Assunto:** Pedido de autorização para usar questionário

---

## **APÊNCICE VII**

Tabelas de análise de dados

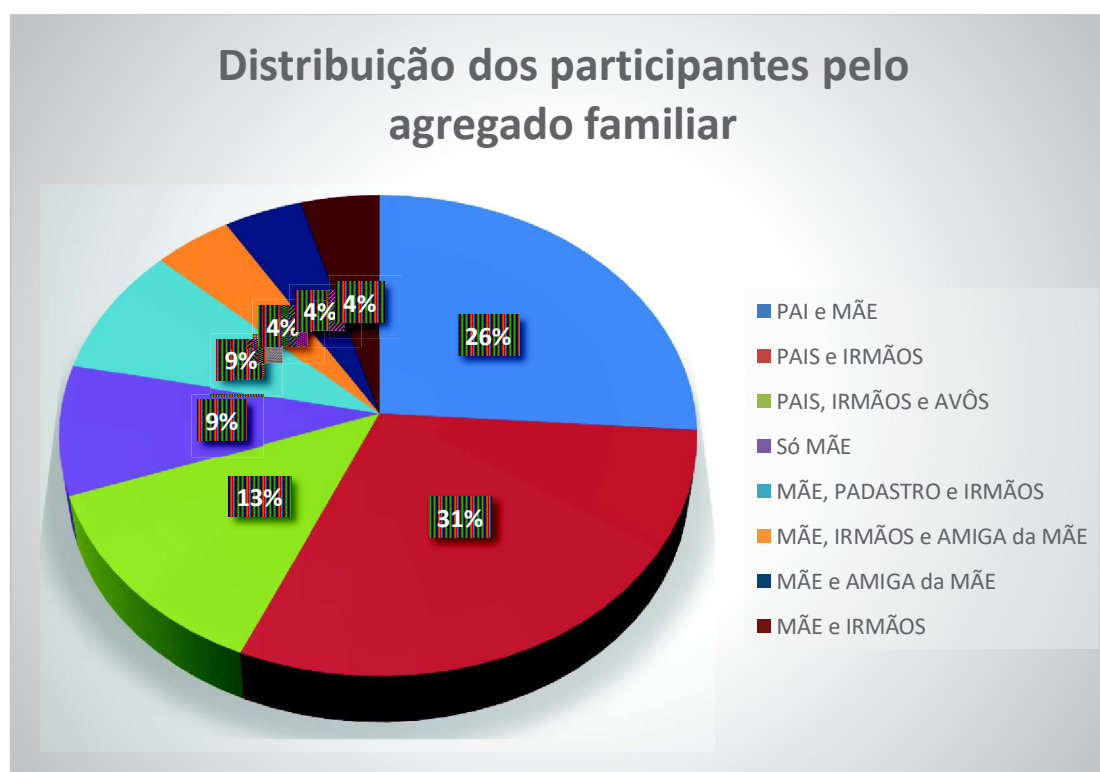
**Tabela nº 1:** Distribuição dos participantes por idade

Questão - Qual a tua idade?		
	F.A.	F.R.
<b>12</b>	12	52%
<b>13</b>	10	44%
<b>14</b>	0	0%
<b>15</b>	1	4%
<b>Total</b>	23	100%
<b>Média de idades</b>	12.6	

**Tabela nº 2:** Distribuição dos participantes por sexo

Questão - És rapaz ou rapariga?		
	F.A.	F.R.
<b>Rapaz</b>	10	43%
<b>Rapariga</b>	13	57%
<b>Total</b>	23	100%

**Gráfico nº 1:** Distribuição dos participantes pelo agregado familiar



**Tabela nº 3:** Distribuição dos participantes por grau de escolaridade dos pais

Questão - Qual o grau de escolaridade dos teus pais?				
	Pai		Mãe	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
<b>Nunca estudou</b>	0	0%	0	0%
<b>1º ciclo</b>	2	9%	5	22%
<b>2º ciclo</b>	1	4%	2	9%
<b>3º ciclo</b>	2	9%	1	4%
<b>Ensino secundário</b>	9	39%	9	39%
<b>Ensino superior</b>	2	9%	3	13%
<b>Não sei</b>	7	30%	3	13%

**Tabela nº 4:** Distribuição dos participantes pela opinião dos outros acerca do hábito de fumar (norma)

Questão - Parece-te que as pessoas que se listam abaixo gostariam que tu fumasses?									
	Sim		Não		Não sei		Não tenho		Total
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	
<b>Pai</b>	0	0%	19	83%	1	4%	3	13%	23 100%
<b>Mãe</b>	0	0%	23	100%	0	0%	0	0%	
<b>Irmã(o)</b>	0	0%	17	74%	3	13%	3	13%	
<b>Melhor amigo(a)</b>	0	0%	22	96%	1	4%	0	0%	
<b>Namorado(a)</b>	0	0%	8	35%	0	0%	15	65%	

**Tabela nº 5:** Distribuição dos participantes pela opinião sobre o nº de jovens da mesma idade que fumam

Questão - Em 100 jovens da tua idade, quantos achas que fumam pelo menos uma vez por semana?		
	F.A.	F.R.
<b>Nenhum</b>	2	9%
<b>Entre 1 e 25</b>	11	48%
<b>Entre 25 e 50</b>	7	31%
<b>Entre 50 e 75</b>	1	4%
<b>Entre 75 e 100</b>	1	4%
<b>100</b>	1	4%



**Tabela nº 6:** Distribuição dos participantes pelas informações recebidas acerca das desvantagens do consumo de tabaco

Questão - Alguma das seguintes pessoas já falou contigo acerca das desvantagens de fumar?									
	Falou várias vezes		Falou algumas vezes		Nunca falou		Não tenho		Total
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	
<b>Pai</b>	6	26%	11	48%	3	13%	3	13%	23 100%
<b>Mãe</b>	10	43%	10	43%	3	13%	0	0%	
<b>Irmã(o)</b>	1	4%	3	13%	15	65%	4	17%	
<b>Melhor amigo(a)</b>	2	9%	8	35%	13	57%	0	0%	
<b>Professor(a)</b>	6	26%	12	52%	5	22%	0	0%	

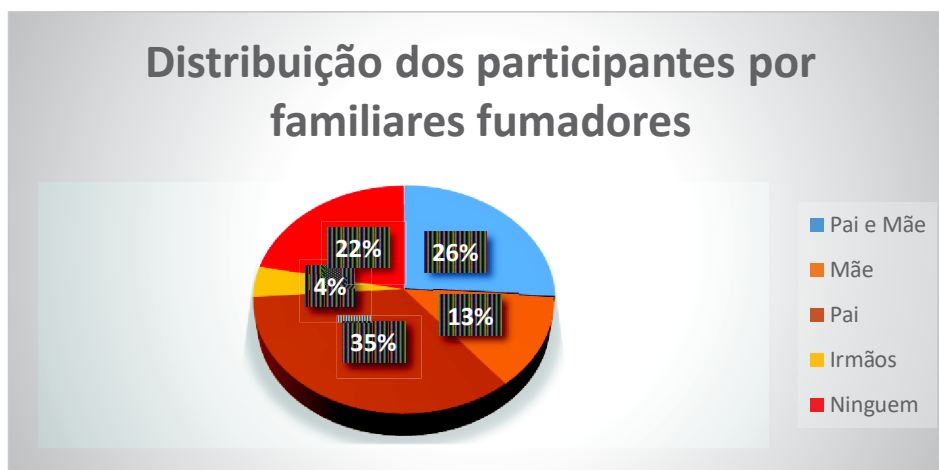
**Tabela nº 7:** Distribuição dos participantes pela oferta de cigarros

Questão - Nos últimos 30 dias com que frequência cada uma das seguintes pessoas te ofereceu cigarros									
	Várias vezes		Uma ou outra vez		Nunca		Não tenho		Total
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	
<b>Pai</b>	0	0%	0	0%	20	87%	3	13%	23 100%
<b>Mãe</b>	0	0%	0	0%	23	100%	0	0%	
<b>Irmã(o)</b>	0	0%	0	0%	20	87%	3	13%	
<b>Melhor amigo(a)</b>	0	0%	0	0%	23	100%	0	0%	
<b>Amigos(a)</b>	1	4%	0	0%	22	96%	0	0%	
<b>Outras Pessoas</b>	0	0%	1	4%	22	96%	0	0%	

**Tabela nº 8:** Distribuição dos pais e conviventes pelo hábito de fumar (modelagem)

Questão - As seguintes pessoas fumam?									
	Fuma		Não fuma		Não sei		Não tenho		Total
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	
<b>Pai</b>	14	61%	6	26%	0	0%	3	13%	23 100%
<b>Mãe</b>	9	39%	14	61%	0	0%	0	0%	
<b>Irmã(o)(os)</b>	2	9%	18	78%	0	0%	3	13%	
<b>Namorado(a)</b>	0	0%	7	30%	0	0%	16	70%	

**Gráfico nº2:** Distribuição dos participantes por familiares fumadores (modelagem)



**Tabela nº 9:** Distribuição dos participantes por exposição ambiental ao fumo do tabaco

Questão - As seguintes pessoas fumam dentro da casa onde vives?									
	Não		Sim, por vezes		Sim todos os dias		Não se aplica ao meu caso		Total
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	
<b>Próprio(a)</b>	23	100%	0	0%	0	0%	0	0%	23
<b>Mãe ou E.E.</b>	17	74%	3	13%	2	9%	1	4%	
<b>Pai ou E.E.</b>	10	43%	8	35%	2	9%	3	13%	
<b>Irmã(o)(os)</b>	17	74%	0	0%	0	0%	6	26%	
<b>Outra Pessoa</b>	11	48%	2	9%	1	4%	9	39%	
<b>Com quem Vives</b>									
<b>Outra pessoa que vá a tua casa</b>	16	70%	6	26%	0	0%	1	4%	

**Gráfico nº 3:** Distribuição dos participantes por exposição, diária ou ocasional, ao FAT, em casa.



**Tabela nº 10:** Distribuição dos participantes pelo consumo de tabaco pelos melhores amigos

Questão - Dos teus melhores amigos rapazes quantos fumam?				
Questão - Das tuas melhores amigas raparigas quantas fumam?				
	Amigos rapazes		Amigas raparigas	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
<b>Nenhum</b>	16	70%	18	78%
<b>Um a três</b>	3	13%	1	4%
<b>Mais do que três</b>	3	13%	1	4%
<b>Não sei</b>	1	4%	1	4%
<b>Não tenho</b>	0	0%	2	9%

**Tabela nº 11:** Distribuição dos participantes por experimentação de tabaco

Questão - Já experimentaste fumar tabaco?		
	F.A.	F.R.
<b>Sim</b>	6	26%
<b>Não</b>	17	74%
<b>Total</b>	23	100%

**Tabela nº 12:** Distribuição dos participantes por consumo atual de tabaco (prevalência)

Questão - Atualmente fumas?		
	F.A.	F.R.
<b>Todos os dias</b>	0	0%
<b>Pelo menos um cigarro por semana</b>	0	0%
<b>Menos de um cigarro por semana</b>	0	0%
<b>Já fumei, mas deixei de fumar</b>	1	4%
<b>Não fumo</b>	22	96%

**Tabela nº 13:** Distribuição dos participantes por consumo de tabaco nos últimos 30 dias (prevalência)

Questão - Com que frequência fumaste tabaco nos últimos 30 dias?		
	F.A.	F.R.
<b>Nenhuma</b>	23	100%
<b>Menos de um cigarro por semana</b>	0	0%
<b>Menos de um cigarro por dia</b>	0	0%
<b>Entre 1 a 5 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Entre 6 a 10 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Entre 11 a 20 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Mais de 20 cigarros por dia</b>	0	0%

**Tabela nº 14:** Distribuição dos participantes por consumo de tabaco ao fim de semana

Questão - Em média, com que frequência fumas ao fim de semana?		
	F.A.	F.R.
<b>Não fumo</b>	23	100%
<b>Menos de um cigarro por dia</b>	0	0%
<b>Entre 1 a 5 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Entre 6 a 10 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Entre 11 a 20 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Mais de 20 cigarros por dia</b>	0	0%

**Tabela nº 15:** Distribuição dos participantes por cessação

Questão - Já tentaste deixar de fumar?		
	F.A.	F.R.
<b>Tentei deixar de fumar, mas não consegui</b>	0	0%
<b>Não tentei, mas gostava de experimentar deixar de fumar</b>	0	0%
<b>Não tentei, porque não sei se estou interessado/a em deixar de fumar</b>	0	0%
<b>Não estou nada interessado/a em deixar de fumar</b>	0	0%
<b>Não se aplica ao meu caso</b>	23	100%

**Tabela nº 16:** Distribuição dos participantes por intenção de ser fumador

Questão - Gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador?		
	F.A.	F.R.
<b>Tenho a certeza que fumarei</b>	0	0%
<b>Provavelmente fumarei</b>	0	0%
<b>Não sei se fumarei</b>	5	22%
<b>Provavelmente não fumarei</b>	5	22%
<b>Tenho a certeza que não fumarei</b>	13	57%

**Tabela nº 17:** Distribuição dos participantes por relação com a escola

Questão - Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?		
	F.A.	F.R.
<b>Gosto muito</b>	2	9%
<b>Gosto</b>	10	43%
<b>Não gosto nem desgosto</b>	4	17%
<b>Não gosto</b>	6	26%
<b>Detesto</b>	1	4%

**Tabela nº 18:** Distribuição dos participantes por relação com os colegas de escola

Questão - Com que frequência te envolvereste em brigas/lutas com colegas na escola, no último período?

	F.A.	F.R.
<b>Nunca</b>	16	70%
<b>Uma ou duas vezes</b>	7	30%
<b>Uma vez por semana</b>	0	0%
<b>Várias vezes por semana</b>	0	0%

**Tabela nº 19:** Distribuição dos participantes por imagem corporal

Questão - Achas que o teu corpo é:

	F.A.	F.R.
<b>Magro demais</b>	1	4%
<b>Um pouco mais magro do que devia</b>	1	4%
<b>Está bem assim</b>	14	61%
<b>Um pouco mais gordo do que devia</b>	7	30%
<b>Gordo demais</b>	0	0%

**Tabela nº 20:** Distribuição dos participantes por imagem corporal

Questão - Estás atualmente a fazer dieta para perder peso?

	F.A.	F.R.
<b>Não, o peso esta bom</b>	15	65%
<b>Não, mas deveria perder peso</b>	4	17%
<b>Não, porque preciso perder peso</b>	1	4%
<b>Sim</b>	3	13%

**Tabela nº 21:** Distribuição dos participantes por assertividade

Questão - Se um amigo te oferecesse agora um cigarro, como irias reagir?

	F.A.	F.R.
<b>Recusava o cigarro</b>	19	83%
<b>Aceitava o cigarro</b>	1	4%
<b>Não sei</b>	3	13%

**Tabela nº 22:** Distribuição dos participantes por assertividade

Questão - Os outros conseguem convencer-te a fazer coisas que não te apetece fazer		
	F.A.	F.R.
<b>Nunca</b>	11	48%
<b>Raramente</b>	8	27%
<b>Por vezes</b>	3	17%
<b>Muitas Vezes</b>	1	8%
<b>Sempre</b>	0	0%

**Tabela nº 23:** Distribuição dos participantes por apoio recebido pelos pais

Questão - Os teus pais/cuidadores estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola?		
	F.A.	F.R.
<b>Nunca</b>	1	4%
<b>Raramente</b>	0	0%
<b>Por vezes</b>	0	0%
<b>Muitas Vezes</b>	2	9%
<b>Sempre</b>	20	87%

**Tabela nº 24:** Distribuição dos participantes por importância dada à opinião dos pais

Questão - Se os teus pais/cuidadores te disserem que o tabaco faz mal e que não deves fumar, a opinião deles para ti é...		
	F.A.	F.R.
<b>Muito importante</b>	15	65%
<b>Bastante importante</b>	5	22%
<b>Indiferente</b>	3	13%
<b>Pouco importante</b>	0	0%
<b>Nada importante</b>	0	0%

**Tabela nº 25:** Distribuição dos participantes por valor (em €) semanal disponível

Questão - Em média qual a quantidade de dinheiro que tens para gastar livremente?		
	F.A.	F.R.
<b>Entre 0 e 5€</b>	14	61%
<b>Entre 5,01 e 10€</b>	5	22%
<b>Entre 10,01 e 25€</b>	2	9%
<b>Entre 25,01 e 50€</b>	0	0%
<b>Mais de 50€</b>	2	9%

## **APÊNDICE VIII**

Método Hanlon: definição dos critérios

<b>A – Amplitude do problema</b>	<p>&lt; 20% da população-alvo: 2</p> <p>&gt; 21% e &lt; 40% da população-alvo: 4</p> <p>&gt; 41% e &lt; 60% da população-alvo: 6</p> <p>&gt; 61% e &lt; 80% da população-alvo: 8</p> <p>&gt; 81% da população-alvo: 10</p>
<b>B - Gravidade do problema</b>	<p>Gravidade Baixa: 1-4</p> <p>Gravidade média: 5-7</p> <p>Gravidade elevada: 8-10</p>
<b>C- Eficácia da solução</b>	<p>Difícil solução: 0,5</p> <p>Possível Solução: 1</p> <p>Fácil solução: 1,5</p>
<b>D - Exequibilidade da intervenção</b>	<p>Aborda 5 componentes: <b>P</b>ertinência, <b>E</b>xequibilidade, <b>A</b>ceitabilidade, disponibilidade de <b>R</b>ecursos e <b>L</b>egalidade (PEARL):</p> <p>Não exequível: 0</p> <p>Exequível: 1</p>
Valor de prioridade: (A + B) C x D	



## **APÊNDICE IX**

Plano operacional detalhado

Atividade	Objetivos	Recursos	Data	Local	Duração/ Métodos	Avaliação
Sessão de EpS dirigida aos pais/EE <b>“Sensibilização para a problemática do tabagismo”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alertar para a dimensão da problemática do tabagismo;</li> <li>- Sensibilizar para a importância da prevenção;</li> <li>- Sensibilizar para o papel dos pais na prevenção do consumo de tabaco;</li> <li>- Contribuir para a promoção de ambientes livres do FAT.</li> </ul>	<u>Humanos:</u> Pais/EE; formador (mestranda), professora coordenadora e diretora de turma. <u>Materiais:</u> Computador; Data-show; Fotocópias e canetas.	28-09-2016	Externato do 2/3º ciclo da área de Lisboa – sala de aula	<u>Duração:</u> 30 min <u>Métodos:</u> Interativo, expositivo, interrogativo	<u>Indicadores de atividade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de pais/EE que avaliam com satisfação a sessão;</li> <li>- Taxa de pais/EE presentes na sessão.</li> </ul>
Sessão de EpS dirigida aos alunos: <b>“Tabagismo: o que sabemos!”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir o conceito de saúde e compreender que a saúde é determinada por estilos de vida;</li> <li>- Alertar para a dependência provocada pelo tabaco e importância da prevenção;</li> <li>- Promover o pensamento crítico e criação de uma opinião acerca de fumar.</li> </ul>	<u>Humanos:</u> Alunos do 8º A; formador (mestranda). <u>Materiais:</u> Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas; Quadro e giz.	24-10-2016	Externato do 2/3º ciclo da área de Lisboa – sala de aula	<u>Duração:</u> 90 min <u>Métodos:</u> Interativo, expositivo, interrogativo	<u>Indicadores de atividade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de alunos que avaliam com satisfação a sessão;</li> <li>- Taxa de alunos presentes na sessão.</li> </ul> <u>Indicadores de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de alunos que demonstra conhecimento nas questões relativas ao tabagismo.</li> </ul>

Sessão de EpS dirigida aos alunos: <b>“Eu... o que farei? Influência do meio social.”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conscientizar para a dificuldade de dizer “não”;</li> <li>- Desenvolver e treinar competências para lidar com situações de pressão e influência social;</li> <li>- Promover o desenvolvimento de uma posição relativamente à intenção de fumar.</li> </ul>	<u>Humanos:</u> Alunos do 8º A; formador (mestranda). <u>Materiais:</u> Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas; Quadro e giz.	21-11-2016	Externato do 2/3º ciclo da área de Lisboa – sala de aula	<u>Duração:</u> 90 min <u>Métodos:</u> Interativo, expositivo, interrogativo	<u>Indicadores de atividade:</u> - Taxa de alunos que avaliam com satisfação a sessão; - Taxa de alunos presentes na sessão. <u>Indicadores de resultado:</u> - Taxa de alunos que demonstra autoeficácia nas questões relativas à recusa de tabaco e intenção de fumar.
Sessão de EpS dirigida aos alunos: <b>“Fumar, um problema para todos.”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conscientizar para a problemática do tabagismo associada ao FAT;</li> <li>- Aumentar os conhecimentos relativos ao fumo passivo;</li> <li>- Desenvolver atitudes promotoras de ambientes livres de tabaco;</li> <li>- Promover a participação dos pais/ EE a refletir sobre o tema, promovendo a sua conscientização;</li> <li>- Contribuir para a diminuição da exposição ao FAT, em casa.</li> </ul>	<u>Humanos:</u> Alunos do 8º A; formador (mestranda). <u>Materiais:</u> Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas; Quadro e giz.	13-12-2016	Externato do 2/3º ciclo da área de Lisboa – sala de aula	<u>Duração:</u> 90 min <u>Métodos:</u> Interativo, expositivo, interrogativo	<u>Indicadores de atividade:</u> - Taxa de alunos que avaliam com satisfação a sessão; - Taxa de alunos presentes na sessão. <u>Indicadores de resultado:</u> - Taxa de alunos que demonstra conhecimento nas questões relativas ao FAT; - Taxa de alunos que vive em domicílios sem FAT.

Sessão de EpS dirigida aos alunos: <b>“Tabagismo: certezas e opiniões!”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sedimentar conhecimentos sobre o FAT e estratégias para o minimizar;</li> <li>- Sedimentar conhecimentos sobre o tabagismo;</li> <li>- Promover o pensamento crítico e formação de uma opinião sobre a temática;</li> <li>- Esclarecer duvidas.</li> </ul>	<u>Humanos:</u> Alunos do 8º A; formador (mestranda). <u>Materiais:</u> Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas.	10-02-2017	Externato do 2/3º ciclo da área de Lisboa – sala de aula	<u>Duração:</u> 90 min <u>Métodos:</u> Interativo, expositivo, interrogativo	<u>Indicadores de atividade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de alunos que avaliam com satisfação a sessão;</li> <li>- Taxa de alunos presentes na sessão.</li> </ul> <u>Indicadores de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de alunos que demonstra conhecimento nas questões relativas ao FAT e tabagismo.</li> </ul>
<b>Exposição sobre o tabagismo</b> para a comunidade escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar os conhecimentos relativos ao tabagismo de toda a comunidade escolar;</li> <li>- Promover a reflexão sobre a temática pela comunidade escolar.</li> </ul>	<u>Humanos:</u> Alunos do 8º A; formador (mestranda). <u>Materiais:</u> Fornecidos pela escola.		Externato do 2/3º ciclo da área de Lisboa – átrio da escola	<u>Duração:</u> A decidir pela coordenação da escola <u>Método:</u> Expositivo	<u>Indicadores de atividade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da atividade</li> </ul>

## **APÊNDICE X**

Cronograma de Gantt

**CRONOGRAMA DE GANTT**

Atividade	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
<u>Atividade 1:</u> “Sensibilização para a problemática do tabagismo.”						
<u>Atividade 2:</u> “Tabagismo, o que sabemos?”						
<u>Atividade 3:</u> “Eu... o que farei?”						
<u>Atividade 4:</u> Fumar, um problema para todos!						
<u>Atividade 5:</u> “Tabagismo, certezas e opiniões!”						
<u>Atividade 6:</u> Exposição sobre o tabagismo						

## **APÊNDICE XI**

Recursos humanos, materiais e financeiros

## RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS

Recursos		
Humanos	Materiais	Financeiros
Mestranda; Enfermeira orientadora do estágio; Professora coordenadora da escola; Diretora de turma; Professor de educação física; professora de ciências; professor de TIC; Alunos do 8º ano.	Computador; Data-show; Tela, quadro e giz; Internet; Colunas de som; Material didático e escolar diverso (fotocópias, cola, cartolinas, tesoura, papel).	Material escolar e didático: financiado pela escola;  Fotocópias, internet, impressões: financiado pela mestranda.



## **APÊNDICE XII**

Sessão de EpS dirigida aos pais/EE:

“Sensibilização para a problemática do tabagismo”

## Prevenção do consumo de tabaco em adolescentes

28-09-2016

BEP Paula Dias  
BEP Paula Carvalho

O consumo de tabaco representa a principal causa de **morte evitável**, tendo-se tornado uma real epidemia

► se nada for feito para a travar, estima-se que em 2020/2030 morrerão anualmente, em todo o mundo, cerca de 10 milhões de pessoas (WHO, 2012).

A adolescência é a fase onde a maioria dos fumadores iniciou o consumo de tabaco.

Dados de um estudo de 2014, mostram que a idade, em média, da experimentação de tabaco ocorre aos 13 anos.

Dos jovens inquiridos, no referido estudo, 8º e 10º anos, 22,2% referem já ter experimentado fumar, destes 35,4% refere consumir tabaco diariamente. (Matos, Simões, Camacho & Reis, 2014)

Para além de todos os malefícios para a saúde, o principal risco para as crianças e adolescentes é o de ficarem dependentes, muitas vezes para toda a vida.

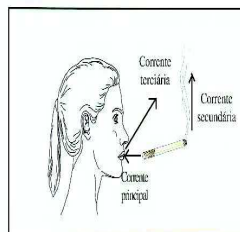
Estudos realizados revelam que as crianças mais facilmente se tornam dependentes da nicotina e com quantidades mais baixas, que os adultos.

Fumar durante quatro a seis semanas dois cigarros por dia, é suficiente para a criança ficar dependente, e se tornar consumidor regular. (Precioso & Macedo, 2004)

### Fatores associados ao início do consumo:

- Ter pais e irmãos fumadores;
- Ter amigos fumadores associado a baixa auto-eficácia e pouca capacidade de recusa;
- Aceitação social do tabaco;
- Falta de conhecimentos acerca das consequências do tabaco
- Disponibilidade de dinheiro (Precioso, 2008).

### Fumo passivo



O fumo passivo corresponde ao fumo que sai pela ponta do cigarro aceso, mais o fumo exalado pelo fumador.

Uma pessoa exposta a um ambiente poluído, pelo fumo do tabaco, pode absorver ao fim de uma hora, uma quantidade de fumo equivalente ao que absorveria, se ela própria tivesse fumado um cigarro.

## Fumo passivo



Uma **exposição temporária** ao fumo do tabaco provoca, tosse, aceleração do pulso, aumento da pressão arterial, inflamação dos olhos, das mucosas do nariz e garganta.

Uma **exposição prolongada** ao fumo ambiental do tabaco, pode causar nos fumadores passivos, as mesmas doenças que aparecem nos fumadores ativos, como é o caso do cancro do pulmão, ataque cardíaco, bronquite e enfisema.

<https://www.youtube.com/watch?v=kO4Laa6XhU>

## O papel da família e sociedade



A prevenção do consumo de tabaco deve envolver toda a comunidade escolar assim como familiares e profissionais da saúde.

Os pais devem alertar os filhos para os malefícios do tabaco e reforçar que não gostariam que eles viessem a ser fumadores.

## Proteja a saúde dos seus filhos!



No carro e em casa, **não fume!**  
E não permita que outros o façam!

## Deixar de fumar não é fácil...

- ▶ Consulta cessação tabágica centro de saúde de Sete Rios:
  - ▶ 3ª feira das 13.30h às 16h
  - ▶ 5ª feira das 11h às 16.30h
- ▶ Possibilidade de marcação por iniciativa própria, sem referência médica!
- ▶ Outros locais, informação disponível: <http://www.arsiv.t.min-saude.pt/pages/502>

**Obrigada!**

## **APÊNDICE XIII**

Plano da sessão “Sensibilização para a problemática do tabagismo”

## Plano da sessão de EpS: “Sensibilização para a problemática do tabagismo”

**Data:** 28-09-2016

**Local:** Externato do 2/3º ciclo da área de Lisboa

**Hora:** 18.00h

**Formador:** Mestranda Paula Dias

**População-alvo:** Pais/EE dos alunos do 8ºA do externato

	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação do formador;</li><li>- Apresentação do projeto;</li></ul>	5 min	Interativo	Computador; Data-show; Fotocópias e canetas;
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dimensão da problemática do tabagismo e seus malefícios para a saúde;</li><li>- Trajeto de se tornar fumador;</li><li>- Alerta para a rápida dependência nos adolescentes e para o início do consumo na adolescência;</li><li>- Alerta para os riscos associados ao fumo passivo do tabaco e principais formas de exposição das crianças e adolescentes.</li><li>- Papel da família na prevenção, visualização do vídeo: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=kO4Laa6XhU">https://www.youtube.com/watch?v=kO4Laa6XhU</a></li><li>- Informação sobre cessação tabágica e acesso a consultas.</li></ul>	15 min	Interativo Expositivo	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encerramento da sessão;</li><li>- Dúvidas;</li></ul>	5 min	Interativo	
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Folha de presenças;</li><li>- Questionário para avaliação de satisfação</li></ul>	5 min	Interrogativo	

## **APÊNDICE XIV**

Sessão de EpS: “Tabagismo, o que sabemos!”



**Tabagismo:  
O que sabemos!**

24-10-2015

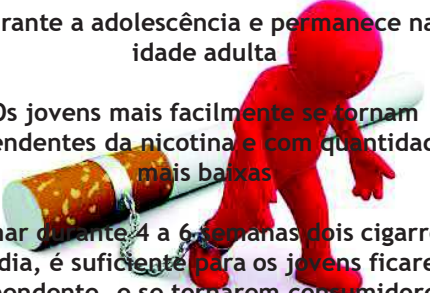
Enfª Paula Dias  
Enfª Paula Carvalho

**O que é para ti ser saudável?**

**O início do consumo de tabaco ocorre durante a adolescência e permanece na idade adulta**

**Os jovens mais facilmente se tornam dependentes da nicotina e com quantidades mais baixas**

**Fumar durante 4 a 6 semanas dois cigarros por dia, é suficiente para os jovens ficarem dependentes, e se tornarem consumidores regulares.**



O fumo do tabaco contém mais de 7000 substâncias. Destas, centenas são tóxicas, entre as quais a Nicotina, droga que provoca a dependência.

**Cerca de 70 podem provocar Cancro**

<b>BENZENO</b> PESTICIDAS, GASOLINA	<b>POLÓNIO 210</b> CANCERÍGENO
<b>FORMALDEÍDO</b> EMBALSAMENTOS	<b>AMONÍACO</b> PRODUTOS DE LIMPEZA
<b>NICOTINA</b> INSECTICIDA	<b>ARSÉNICO</b> VENENO
<b>ACETONA</b> REMOVEDOR DE TINTAS E ESMALTES	<b>CHUMBO</b> TINTAS, SOLDAS

**SABIA QUE, EM PORTUGAL, 1 EM CADA 10 MORTES É PROVOCADA PELO TABACO?**

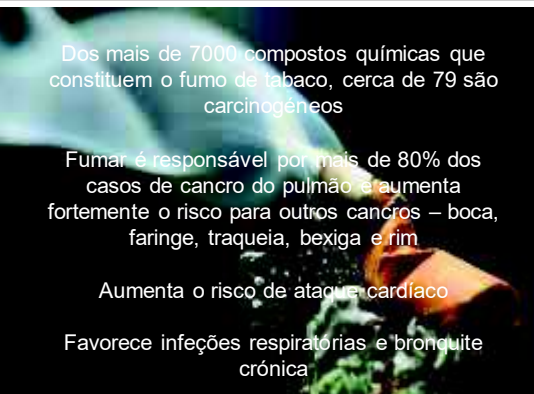
Fumar aumenta o risco de cancro, agrava as crises de asma e causa problemas respiratórios, diabetes e doenças cardiovasculares.

Dos mais de 7000 compostos químicos que constituem o fumo de tabaco, cerca de 79 são carcinogénicos

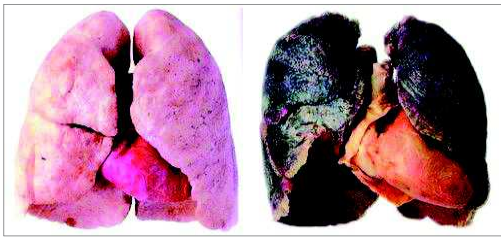
Fumar é responsável por mais de 80% dos casos de cancro do pulmão e aumenta fortemente o risco para outros cancros – boca, faringe, traqueia, bexiga e rim

Aumenta o risco de ataques cardíacos

Favorece infeções respiratórias e bronquite crónica



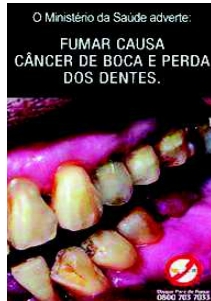
**Malefícios do tabaco**



Pulmão não-fumador      Pulmão fumador

## Malefícios do tabaco

Os dentes também sofrem as consequências do tabaco, enfraquecem e ficam amarelados



## Malefícios do tabaco

Envelhecimento precoce com o aparecimento de rugas e cabelos brancos



## Malefícios do tabaco



O cheiro do tabaco é bastante desagradável e bastante difícil de retirar das roupas e das casas, mas também leva a uma diminuição das capacidades olfactivas

<https://www.youtube.com/watch?v=YJXmS0Y4nCU>

## Vantagens de não fumar

- Manter a forma física
- Ser mais saudável
- Ser mais livre
- Ter mais dinheiro
- Ser mais atraente
- Não poluir o ambiente
- Evitar conflitos com pais, amigos, namorada/o



Em 2015, dos jovens portugueses com 13 anos, apenas **4%** declarou ter fumado nos últimos 30 dias



**96% dos jovens com 13 anos não fuma**

O consumo de tabaco pelos jovens dos 13 aos 17 anos, diminui, comparativamente a 2011





### Sugestões de trabalho de grupo:

- Cartaz
- Folheto
- Filme – spot publicitário
- Power Point para apresentar aos colegas
- Canção e coreografia
- ...



Entrega/apresentação dos trabalhos dia 9 de Janeiro

## **APÊNDICE XV**

Plano da sessão: “Tabagismo, o que sabemos!”

## Plano da sessão de EpS: “Tabagismo: o que sabemos!”

**Data:** 24-10-2016

**Local:** Externato da área de Lisboa

**Hora:** 8.30h

**População-alvo:** Alunos do 8ºA do externato

**Formador:** Mestranda Paula Dias

	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação, do formador e alunos, através de estratégia quebra-gelo;</li><li>- Apresentação do projeto;</li></ul>	15 min	Interativo	Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas; Quadro e giz.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Distribuição de um questionário sobre fumar;</li><li>- Reflexão e debate sobre as respostas;</li><li>- Preenchimento de quadro através de chuva de ideias sobre os efeitos de fumar;</li><li>- Definir o conceito de saúde, analisar a sua importância, e compreender os fatores determinantes da saúde;</li><li>- Constituição do cigarro;</li><li>- Dependência do tabaco;</li><li>- Visualização de um vídeo de sensibilização acerca dos efeitos do cigarro no organismo: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=YJXmS0Y4nCU">https://www.youtube.com/watch?v=YJXmS0Y4nCU</a></li><li>- Desmistificar sobrestima acerca do nº de jovens que fumam;</li><li>- Vantagens de não fumar;</li></ul>	60 min	Interativo Interrogativo Expositivo	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encerramento da sessão;</li><li>- Dúvidas;</li><li>- Propostas de trabalhos de grupo;</li></ul>	10 min	Interativo	
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Folha de presenças;</li><li>- Questionário para avaliação de satisfação</li></ul>	5 min	Interrogativo	

## **APÊNDICE XVI**

Sessão de EpS: “Eu... o que farei? A influência do meio social.”



## O que já aprendi...

[https://www.youtube.com/watch?v=q1dlxr3Lc\\_A](https://www.youtube.com/watch?v=q1dlxr3Lc_A)

<https://www.youtube.com/watch?v=YJXmS0Y4nCU>

Sou, ou não, influenciado  
pela publicidade?

E pelos outros?

Sais das aulas e encontras cá fora o teu grupo de amigos. Estão todos muito divertidos a planear uma atividade para fazer a seguir (ir ao café, dar um passeio, jogar futebol, etc.). Tu não podes (já tinhas decidido estudar). Preparas-te para abandonar o grupo, mas os outros pressionam-te... "Então não alinhas?...". Dizes que não podes. Os outros insistem. Começam as bocas: "Vá lá, não sejas corte, vai ser divertido", etc. Como lidar com esta situação de pressão do grupo, continuando a negar a solicitação dos colegas?

Tenta lembrar-te de uma situação real  
em que tiveste que dizer "não".

Descreve essa situação	O que pensaste nessa situação?	O que sentiste nessa situação?	Como respondeste?

## Atividade role-play

3 ou 4 voluntários

Como se sentiram a ser pressionados?

Foi fácil dizer “não”

Que outras estratégias poderiam ter usado?

Eu, o que farei?

	Não fumador	Fumador	Não sei
Quando tiver 20 anos serei um não fumador ou um fumador?			

Para terminar...

[https://www.youtube.com/watch?v=fc85IHj\\_Y-4](https://www.youtube.com/watch?v=fc85IHj_Y-4)

Trabalhos de grupo...

## **APÊNDICE XVII**

Plano da sessão: “Eu... o que farei? A influência do meio social”

## Plano da sessão de EpS: “Eu... o que farei? A influência do meio social.”

**Data:** 21-11-2016

**Local:** Externato da área de Lisboa

**Hora:** 8.30h

**População-alvo:** Alunos do 8ºA do externato

**Formador:** Mestranda Paula Dias

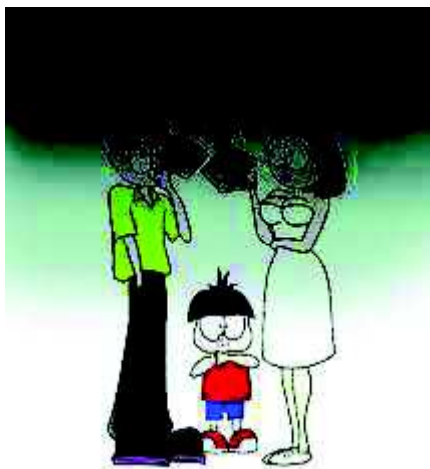
	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Resumo da sessão anterior através de visualização do vídeo <a href="https://www.youtube.com/watch?v=q1dlxr3Lc_A">https://www.youtube.com/watch?v=q1dlxr3Lc_A</a></li><li>- Constituição da sessão;</li></ul>	15 min	Interativo Expositivo	Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reconhecer formas de influência social no comportamento, como a publicidade;</li><li>- Análise da assertividade através de preenchimento de ficha de auto-registo em que cada aluno é convidado a refletir sobre uma situação real onde teve que dizer “não”;</li><li>- Formação de um grupo voluntário e simulação de uma situação fictícia de pressão de grupo através da estratégia de role-play, acerca da oferta de cigarros e estratégias de recusa;</li><li>- Discussão e análise da atividade de role-play;</li><li>- Distribuição de pequeno questionário acerca da intenção de fumar, análise e discussão das respostas.</li></ul>	60 min	Interativo Interrogativo Expositivo	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encerramento da sessão com a visualização de vídeo sugerido pela Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=fc85IHj_Y-4">https://www.youtube.com/watch?v=fc85IHj_Y-4</a></li><li>- Desenvolvimento dos trabalhos de grupo sugeridos na sessão anterior;</li></ul>	10 min	Interativo Expositivo	
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Folha de presenças;</li><li>- Questionário para avaliação de satisfação</li></ul>	5 min	Interrogativo	



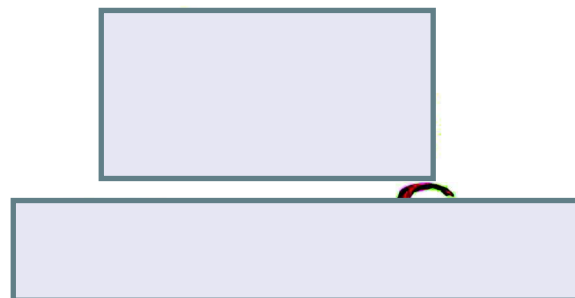
## **APÊNDICE XVIII**

Folheto para os pais/EE acerca do fumo ambiental do tabaco

## FUMAR: UM PROBLEMA PARA TODOS



Fumar não afeta apenas quem fuma, mas também aqueles que o rodeiam!



Enfª Paula Dias  
Enfª Paula Carvalho  
Saúde Escolar do Centro de Saúde **Sete Rios**

CONVIVER COM PAIS E IRMÃOS FUMADORES É UM DOS PRINCIPAIS FATORES QUE LEVAM OS ADOLESCENTES AO INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO.

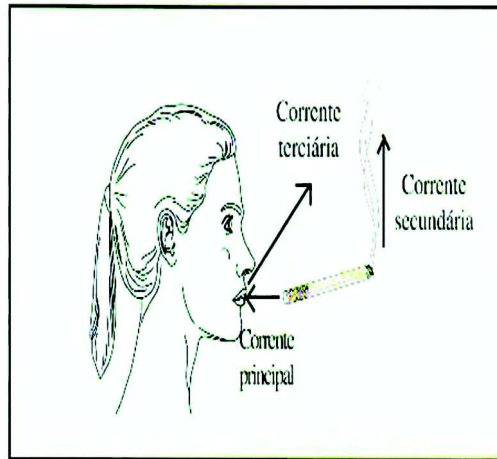


**Proteja a saúde dos seus filhos, e também a sua:**

- No carro e em casa, **não fume!** E não permita que outros o façam!
- Alerta o seu filho(a) para os malefícios do tabaco e reforce que não gostava que ele viesse a ser fumador!

## FUMAR: UM PROBLEMA PARA TODOS

---



O **fumo passivo** corresponde ao fumo que sai pela ponta do cigarro aceso mais o fumo exalado pelo fumador (corrente secundária e terciária)

A casa e o carro são os principais locais onde as crianças e adolescentes estão expostos ao fumo passivo do tabaco.

O fumo passivo é particularmente prejudicial para as crianças, os asmáticos, as pessoas com insuficiência respiratória e as mulheres grávidas.

Uma pessoa exposta a um ambiente poluído pelo fumo do tabaco, pode absorver ao fim de uma hora, uma quantidade de fumo equivalente ao que absorveria, se ela própria tivesse fumado um cigarro.



Uma **exposição temporária** ao fumo do tabaco provoca **tosse**, **aceleração do pulso**, **aumento da pressão arterial**, **inflamação dos olhos**, **das mucosas do nariz e garganta**.

Uma **exposição prolongada** ao fumo ambiental do tabaco, pode causar nos fumadores passivos, **as mesmas doenças que aparecem nos fumadores ativos**, como **cancro do pulmão**, **ataque cardíaco**, **bronquite e enfisema**.

## **APÊNDICE XIX**

Sessão de EpS: “Fumar, um problema para todos”

## Fumar, um problema para todos!

### Fumo passivo

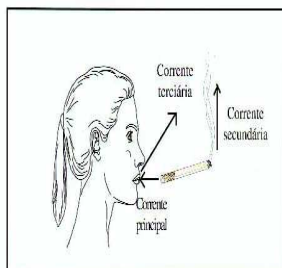
13-12-2016

Enfª Paula Dias  
Enfª Paula Carvalho

### Fumo passivo

<https://www.youtube.com/watch?v=HKgppEixhf4>

### Fumo passivo



O fumo passivo corresponde ao fumo que sai pela ponta do cigarro aceso, mais o fumo exalado pelo fumador.

É a principal fonte de poluição ambiental ligada ao comportamento de fumar.

### Fumo Passivo



Uma pessoa exposta a um ambiente poluído, pelo fumo do tabaco, pode absorver ao fim de uma hora, uma quantidade de fumo equivalente ao que absorveria, se ela própria tivesse fumado um cigarro.

### Fumo Passivo



O fumo passivo é particularmente prejudicial para as pessoas mais suscetíveis, como as crianças, os asmáticos, as pessoas com insuficiência respiratória e as mulheres grávidas.

### Fumo Passivo



Uma exposição temporária ao fumo do tabaco provoca, tosse, aceleração do pulso, aumento da pressão arterial, inflamação dos olhos, das mucosas do nariz e garganta.



Uma exposição prolongada ao fumo ambiental do tabaco, pode causar nos fumadores passivos, as mesmas doenças que aparecem nos fumadores ativos, como é o caso do cancro do pulmão, ataque cardíaco, bronquite e enfisema.

Para além de um problema de saúde para os fumadores, o fumo dos fumadores torna-se inconveniente para as pessoas que não fumam.  
Relata uma situação em que já tenhas sido incomodado(a) pelo fumo dos outros.

Em quais dos seguintes locais colocarias este símbolo ? Explica



Disoteca



Casa



Deserto



Local de trabalho



Transportes públicos



Escola



Restaurante



Floresta

Lê atentamente a seguinte história

Tal como o pai, também o irmão e a mãe do Tiago andavam com tosse persistente e por isso decidiram consultar o médico. Após um exame detalhado, este diagnosticou aos dois um princípio de bronquite. Para tentar perceber as causas da doença, o médico perguntou à mãe do Tiago se ela ou o filho fumavam. Ela respondeu-lhe que não. Perguntou-lhe depois se o marido fumava em casa. Ela respondeu afirmativamente.

Qual será a causa da bronquite que afectava o irmão e a mãe do Tiago?

Que conselho davas ao pai do Tiago?

Se o teu pai fumasse em casa que atitude tomavas?


Qual a tua opinião sobre as seguintes afirmações:

**"Fumar é apenas um problema dos fumadores pois só se prejudicam a eles próprios por fumarem"**

Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Não tenho opinião ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente ☐

**"Os fumadores deviam evitar fumar ao "pe" dos não fumadores"**

Discordo totalmente ☐ Discordo ☐ Não tenho opinião ☐ Concordo ☐ Concordo totalmente ☐



Obrigada pela vossa atenção!

## **APÊNDICE XX**

Plano da sessão: “Fumar, um problema para todos”

## Plano da sessão de EpS: “Fumar, um problema para todos!”

**Data:** 13-12-2016

**Local:** Externato da área de Lisboa

**Hora:** 14.30h

**População-alvo:** Alunos do 8ºA do externato

**Formador:** Mestranda Paula Dias

	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Resumo da sessão anterior;</li><li>- Constituição da sessão;</li></ul>	15 min	Interativo Expositivo	Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reconhecer formas de fumo passivo e principais grupos suscetíveis;</li><li>- Reconhecer principais consequências para a saúde do fumo passivo;</li><li>- Visualização do filme: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=HKggpElxhf4">https://www.youtube.com/watch?v=HKggpElxhf4</a></li><li>- Reconhecer situações de exposição ao fumo ambiental do tabaco, através de preenchimento de ficha de auto-registo, em que cada aluno é convidado a descrever uma situação real de exposição ao FAT;</li><li>- Discussão sobre sentimentos e preocupações relativos às situações relatadas na atividade anterior;</li><li>- Distribuir folheto informativo sobre o fumo passivo, e solicitar a sua entrega aos pais/EE;</li><li>- Estimular a comunicação e reflexão familiar sobre o tema: entrega de ficha com relato de uma situação de exposição ao FAT em casa e pequeno questionário relacionado; cada aluno é incentivado a debater o tema em casa e responder às questões solicitando a participação dos pais/EE.</li></ul>	60 min	Interativo Interrogativo Expositivo	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encerramento da sessão</li><li>- Desenvolvimento dos trabalhos de grupo;</li></ul>	10 min	Interativo Expositivo	
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Folha de presenças;</li><li>- Questionário para avaliação de satisfação.</li></ul>	5 min	Interrogativo	



## **APÊNDICE XXI**

Plano da sessão: “Tabagismo: certezas e opiniões!”

## Plano da sessão de EpS: “Tabagismo: certezas e opiniões!”

**Data:** 10-01-2017

**Local:** Externato da área de Lisboa

**Hora:** 14.30h

**População-alvo:** Alunos do 8ºA do externato

**Formador:** Mestranda Paula Dias

	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	- Resumo da sessão anterior; - Constituição da sessão;	15 min	Interativo Expositivo	Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas.
<b>Desenvolvimento</b>	- Discussão sobre a atividade de casa: <ul style="list-style-type: none"><li>• análise e discussão sobre a eventual preocupação demonstrada pelos pais relativamente à exposição dos filhos ao FAT, após a leitura do folheto informativo enviado pelos alunos para os pais,</li><li>• análise das respostas ao questionário da atividade de casa, avaliar se pais e alunos reconhecem efeitos do fumo passivo nos outros;</li><li>• discutir implicações desta reflexão familiar em eventuais mudanças comportamentais em casa.</li></ul> - Apresentação dos trabalhos de grupo: cada grupo é convidado a apresentar o seu trabalho à restante turma, professores e mestranda.	55 min	Interativo Interrogativo Expositivo	
<b>Conclusão</b>	- Encerramento da sessão: entrega de folheto informativo para os alunos sobre os temas principais abordadas nas sessões e compromisso com a saúde.	5 min	Interativo	
<b>Avaliação</b>	- Folha de presenças; - Questionário para avaliação de satisfação; - Questionário para avaliação de conhecimentos adquiridos.	15 min	Interrogativo	

## **APÊNDICE XXII**

Folheto resumo para os alunos

**LEMBRA-TE!!**

**O início do consumo de  
tabaco geralmente  
começa na adolescência  
e permanece na idade  
adulta!**

Fumar cria dependência física e psicológica. Os jovens mais facilmente se tornam dependentes da nicotina e com quantidades mais baixas que os adultos.



**O meu compromisso com a  
saúde...**

Reconheço os efeitos maus para a saúde de todos, e também para o ambiente, que o tabaco provoca.

Comprometo-me a proteger a minha saúde, para isso assumo que não quero ser fumador.

Vou dizer não ao tabaco e também vou incentivar os meus amigos e familiares fumadores a não fumar dentro de casa e mesmo a deixarem de fumar.

---

(assinatura)



---



Enfª Paula Dias  
Enfª Paula Carvalho  
Saúde Escolar do Centro de Saúde **São Rios**

**FUMAR OU NÃO FUMAR...**

**ESTÁ NAS TUAS MÃOS!**



## Malefícios do tabaco

Fumar é responsável por mais de 80% dos casos de cancro do pulmão e aumenta fortemente o risco para outros cancros – boca, faringe, traqueia, bexiga e rim.

Aumenta o risco de ataque cardíaco.

Favorece infeções respiratórias



**Fumar provoca mau cheiro, os dentes e a pele ficam feios. Provoca impotência sexual e mau aspeto geral.**

O fumo do tabaco contém mais de 7000 substâncias, centenas delas são tóxicas, e mais de 70 podem provocar diferentes tipos de cancro.

- ⇒ **Nicotina**: provoca dependência, existe em inseticidas;
  - ⇒ **Benzeno**, existe nos pesticidas e gasolina;
  - ⇒ **Formol**: usado nos embalsamentos;
  - ⇒ **Acetona**: usado para remover o verniz e tintas
  - ⇒ **Amoníaco**: usado nos produtos de limpeza;
  - ⇒ **Arsénio**, um veneno para ratos;
  - ⇒ **Chumbo**: existente em tintas;
  - ⇒ **Alcatrão**...
- ... e muitos outros!

## **ESTAR NA MODA É NÃO FUMAR!**



Em Portugal os jovens fumam cada vez menos.

O consumo de tabaco pelos jovens, dos 13 aos 17 anos, diminuiu em 2015, comparativamente a 2011.

96% dos jovens portugueses com 13 anos não fuma.

## **APÊNDICE XXIII**

Questionário de avaliação de satisfação dos alunos

## Questionário de Avaliação de Satisfação

Este questionário é anónimo, por favor não escrevas o teu nome.

Sessão de educação para a saúde:

Data:

	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Compreendi o que foi dito na sessão				
Fiquei satisfeito com os métodos usados				
Os assuntos falados são importantes				
Aprendi coisas novas				
Fiquei satisfeito por participar nesta sessão				

Sugestões:

---

---

---

Obrigada pela tua participação!

## **APÊNDICE XXIV**

Questionário de avaliação de satisfação dos pais/EE



## Questionário de avaliação de satisfação

(Este questionário é anónimo)

Sessão de educação para a saúde:

Data:

Formadora: Mestranda Paula Dias

	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
O tema abordado é importante				
Os conteúdos apresentados são pertinentes				
A duração da sessão foi adequada				
Fiquei satisfeito com a sessão				

Sugestões:

---

---

---

Obrigada pela sua participação!

## **APÊNDICE XXV**

Avaliação dos indicadores de atividade

## Avaliação dos indicadores de atividade: adesão e satisfação

Atividade	Indicador de adesão		Indicador de satisfação	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
<b>Atividade nº 1:</b> “Sensibilização para a problemática do tabagismo.”	14	82.4%	12	85,7%
<b>Atividade nº 2:</b> “Tabagismo, o que sabemos?”	17	100%	17	100%
<b>Atividade nº 3:</b> “Eu... o que farei?”	16	94.1	16	100%
<b>Atividade nº 4:</b> “Fumar, um problema para todos!”	17	100%	17	100%
<b>Atividade nº5:</b> “Tabagismo: certezas e opiniões!”	17	100%	17	100%
<b>Atividade nº 6:</b> “Exposição sobre o tabagismo” para a comunidade escolar.	17	100%	—	—

## **APÊNDICE XXVI**

Questionário de avaliação final

## **Questionário de avaliação final**

(Este questionário é anónimo, não coloques o teu nome)

Para cada pergunta, assinala a resposta que consideras mais correta!

**1. Quais são as 3 substâncias nocivas mais importantes presentes no cigarro?**

- a) Nicotina, monóxido de carbono, alcatrão
- b) Nicotina, cannabis, acetona
- c) Alcatrão, álcool e chumbo

**2. Fumar:**

- a) “Dá estilo” e ajuda a arranjar amigos
- b) Não causa cancro
- c) Causa problemas respiratórios, infertilidade e impotência sexual

**3. Qual a principal razão para os fumadores continuarem a fumar?**

- a) Porque estão dependentes
- b) Porque querem
- c) Porque gostam

**4. Deixar de fumar é fácil, porque o tabaco não provoca dependência:**

- a) Verdadeiro
- b) Falso

**5. Em Portugal, em 100 jovens entre os 12 e os 18 anos, quantos fumam?**

- a) Menos de 20 jovens fuma
- b) Fumam entre 20 e 50 jovens
- c) Fumam mais de 50 jovens

**6. O fumo ambiental do tabaco (fumo passivo):**

- a) Não faz mal ao meio ambiente
- b) É o fumo do cigarro fumado por outras pessoas e que prejudica a saúde de todos
- c) Não afeta nem incomoda muito as pessoas que estão num local cheio de fumo de tabaco

**7. Se um amigo/conhecido me oferecer um cigarro:**

- a) Aceito e alinho, porque dá estilo e quero integrar-me no grupo, tenho medo que me excluam
- b) Não sei como irei reagir no momento
- c) Não aceito, porque tenho a certeza da minha opinião acerca de fumar

**8. Achas que estas sessões contribuíram para não fumares no futuro? Porquê?**

---

---

**9. Caso os teus familiares/ visitas fumem no interior da habitação, tentaste motivá-los para deixarem de o fazer? Se sim, como?**

---

---

**10. O que gostaste mais?**

---

---

**Obrigada pela tua participação!**

## **APÊNDICE XXVII**

Avaliação dos indicadores de resultado

Avaliação dos indicadores de resultado

Taxa de alunos que responde corretamente a cada questão colocada

		F.A.	F.R.	Média
Conhecimentos adquiridos sobre tabagismo	Questão 1	17	100%	92.9%
	Questão 2	16	94.1%	
	Questão 3	17	100%	
	Questão 4	17	100%	
	Questão 5	12	70.6%	
Conhecimentos adquiridos sobre o FAT	Questão 6	16	94.1%	94.1%
Autoeficácia na recusa de tabaco e intenção de fumar	Questão 7	13	76.5%	76.5%